THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

317

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 *juin* 1906, *à* 1 *heure*

PAR

G. POITEVIN

Pharmacien de 1re classe

DE L'AVENIR

DES

HYSTÉRO-TRAUMATISÉS

Président : M. POUCHET, *professeur.*

Juges : MM. JOFFROY, *professeur.*
DUPRÉ et JEANSELME, *agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26
—
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
pérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Il n'a pas été vrai pour moi ce mot cité par HUCHARD : « L'ennui naquit un jour de l'Université » et je me souviendrai toujours avec bonheur -- un bonheur mêlé de regrets — des heures studieuses de ma jeunesse. Au moment où ce temps heureux des études va finir, j'ai, suivant une antique coutume, un agréable devoir à remplir. Ma reconnaissance ira tout d'abord à mes parents bien aimés dont l'extrême générosité m'a permis de mener à bonne fin mes études médicales et pharmaceutiques ; ensuite à MM. les professeurs de l'Ecole de Nantes qui ont commencé mon instruction médicale et enfin à mes maîtres de la Faculté de Paris : MM. BRISSAUD, BROUARDEL, MARION, GILBERT, BALLET, RAYMOND, DIEULAFOY, RECLUS, PIERRE DUVAL, SEGOND, POIRIER, CHANTEMESSE, GRANCHER, GUYON, GILBERT, POUCHET, dont je n'oublierai jamais les savantes leçons.

En présentant ce travail, je ne puis dire comme Nisus, le héros de Virgile : « Me me adsum qui feci ». C'est moi, moi seul qui l'ai fait !) Que M. le professeur OL-

LIVE, dont la bienveillance pour moi a été inépuisable, que mon excellent maître et ami, le Dr Henri LE MEIGNEN qui m'a fourni tous les éléments de cette thèse, qui n'a cessé de me prodiguer sa science et ses conseils, reçoivent ici l'expression de ma vive gratitude, et si ce travail a quelque valeur, qu'ils veuillent bien en partager tout le mérite !

Je remercie M. BELLAMY, greffier en chef du Tribunal de Nantes, qui très aimablement, a bien voulu mettre à ma disposition les rapports médico-légaux sur les accidents du travail, et M. le professeur POUCHET qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

L'histoire de la névrose traumatique, ou, plus exactement, des névroses traumatiques, est relativement récente. Les premiers travaux d'ensemble, ceux d'Erichsen, ont paru en 1866. Les mémoires publiés sur la question depuis une dizaine d'années se sont multipliés. Ils sont actuellement très nombreux ; aussi nous ne citerons que les principaux. Raymond en montre des cas tous les mardis à la Salpêtrière.

Le terme hystéro-traumatisme a été créé par Joffroy, et celui d'hystéro-neurasthénie par Gilbert Ballet.

L'école anglaise date de 1837 avec Brodie Lidell, Syme, Morris, Savory, Russel Reynolds, Erichsen, Page (1885). Sa conception est unitaire. On admet qu'elle constitue une seule entité morbide et qu'elle repose sur un substratum anatomique.

Les premiers accidents observés furent ceux consécutifs aux déraillements de chemin de fer : on distingua des lésions cérébrales et des lésions médullaires.

De là les noms de Railway-brain et Railway-spine, créés par Braid.

L'**école française** a pour représentants Duchenne de Boulogne, Dubrueil, Charcot, en 1885 dans ses leçons du mardi, VII et VIII. Le premier travail d'ensemble est la thèse de Berbez (1886). Puis il faut citer J. Grasset dans ses *Leçons de clinique médicale* (1889), Vibert (1888-1893-1906), Bouveret (1891), Thoinot (1902-1903), Forgue et Jeanbrau (1904).

L'**école allemande**, qui date de 1878 avec Westphal Mœli (1881), Riegler (1881), Leyden et qui veut en faire une hystérie spéciale en 1884-1885, a pour défenseurs Oppenheim (1884-1889), Kalliefe, Bernhard, Wernicke Thomsen, Becker (1900), Strumpell (1888).

Les D^rs^ Walton en Amérique (1881) Putnam (1881), Page en Angleterre (1885) reprennent les théories de l'école française, et de Charcot en particulier. Oppenheim y revient en 1889. C'est la doctrine adoptée maintenant partout.

DIFFERENTES COMPREHENSIONS ET DEFINITIONS

Cette dénomination d'hystéro-traumatisme ou névrose traumatique est peut-être défectueuse, mais elle est entrée dans le langage courant ; elle répond à un ordre d'idées devenues si familières au monde médico-légal qu'il y a tout avantage à la conserver provisoirement. Elle comprend des faits disparates dans leur symptomatologie, troubles morbides du système nerveux qui ne sont souvent en rapport, ni avec la lésion primitive, ni avec l'intensité du traumatisme subi (1). Aussi il n'est pas étonnant que les opinions les plus diverses aient été soutenues.

Le Dr Poëls est d'un autre avis. Pour lui, ce terme a une extension abusive, elle est inexacte au point de vue étymologique, ainsi qu'au point de vue scien-

1. Ollive et Le Meignen, Les accidents du travail.

tifique (*Bull. de l'Ass. intern. de Méd. exp. de Cies d'ass.* Tome III, 1904, n° 1).

On constate que cette expression se rapporte d'une part aux affections du système nerveux qui ne comportent aucune lésion matérielle — névroses ou troubles nerveux sans lésion anatomique — et d'autre part, le mot traumatisme est synonyme de blessure, de lésion anatomique. Il est donc illogique de les associer, puisque l'un exclut toute idée de lésion, tandis que l'autre l'appelle inévitablement. L'expression de névrose traumatique est scientifiquement inexacte, puisqu'elle sert à désigner diverses affections nerveuses qui peuvent prendre naissance non seulement après des traumatismes, mais encore après d'autres causes.

Poëls affirme que la névrose traumatique comme maladie spéciale n'existe pas, et il appuie sa théorie sur l'autorité de Ciaglinski (Varsovie, 1898), von Betcherer (*Neurol. Centr. Blatt.* 1er mars 1900), Schutze (Bonn), Eisenlohr (Hambourg), Jolly (*Archiv. fur Psychiatrie*), Hoffmann (Heidelberg), etc.

Les raisons qu'il cherche à la conservation de ce terme ne lui paraissent guère sérieuses : motifs d'euphonie, tradition ou convention ? Les conséquences funestes qu'il aperçoit ne nous paraissent pas graves. Nous nous en tiendrons aux dénominations adoptées « provisoirement », comme le font remarquer MM. Ollive et Le Meignen, par nos savants maîtres de Paris et de Nantes.

1° Pour les uns, **c'est une névrose particulière**, ayant son étiologie propre, son individualité sympto-

matique bien distincte. Ce sont MM. Vibert, en France ; Oppenheim en Allemagne, Thornsen, Bernhardt, Leyden et l'école allemande.

2° Pour d'autres, tels que Charcot et l'école française, Jolly, Schulze, ce **n'est que de l'hystérie ou de la neurasthénie.** M. Larrivé conclut aussi: « Habituellement pas de lésions encéphaliques ou médullaires, mais un trouble fonctionnel purement dynamique, *sine materia*. Pour lui, l'élément psychique a la part prépondérante. De là son terme de névrose émotivo-post-accidentelle. Hystérie pure ? ou névrose spéciale ? En deux mots, voilà la lutte entre les deux écoles : lutte circonscrite dans ce cercle unique : la névrose.

3° Enfin certains auteurs n'admettent pas qu'il s'agisse d'une névrose, mais **croient à l'existence de lésions anatomiques des centres nerveux** ; ainsi MM. Gilbert Ballet, Pierret, Ollive et Le Meignen, Scagliosi.

On a voulu résoudre cette dernière question par l'expérimentation, en produisant des chocs sur le crâne d'animaux, mais la preuve expérimentale semble impossible à faire. On ne peut actuellement se baser que sur le raisonnement pour conclure pour ou contre les idées émises.

Le mot hystéro-traumatisme devait avoir ainsi de multiples compréhensions, puisque les divers auteurs ne s'entendaient même pas sur le terme « hystérie ». Les anciens croyaient à l'hystérie névrose presque exclusivement féminine. C'est Charcot et ses élèves — à la suite de Hoffmam, Sydenham, Georget (1821)—qui

admettent l'hystérie masculine (1). Bien plus M. Pierre Marie (2) dit que : « Aux consultations du Bureau Central des hôpitaux il y a trois fois plus d'hommes que de femmes. » Ce sont des irréguliers, dit-il, certains même poussent l'irrégularité à un point qui n'est pas toléré par le Code... A Saint-Louis et au Bureau central, les consultations sont actuellement parmi les rares institutions hospitalières où l'on soit assuré de voir encore de beaux haillons. » Suit le dénombrement de cette clientèle bizarre.

Remarquons de suite que les statistiques différentielles entre hommes et femmes varient selon les diverses classes sociales. Plus tard nous verrons qu'il n'en est pas de même pour l'hystéro-traumatisme.

L'opinion de Charcot domine d'abord en maîtresse. J. Grasset la modifie en 1891 (Markoff). Brissaud dans un spirituel article de la *Gazette des hôpitaux* du 23 novembre 1889 défend l'hystérie « une et indivisible ». Gilbert Ballet, dans ses Cliniques de Saint-Antoine, n'admet pas une névrose spéciale, mais une forme plus grave que la neurasthénie ordinaire (3). L'école française, au sujet de l'hystérie, adopte la théorie de la Salpêtrière, à la suite de Charcot, Gilles de la Tourette, J. Grasset, pour qui la prédisposition joue le plus grand rôle. « L'hérédité est la dominante étiologique de l'hystérie ; en dehors d'elle nous ne trouve-

1. Voir la thèse de Georges Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Paris, 1889.

2. *Progrès médical*, 27 juillet 1889.

3. Thèse de Stoyan Markoff. Paris 617. 18 juillet 1901.

rons plus que les agents provocateurs de son éclosion. »

Mais au sujet de l'hystéro-traumatisme, les opinions diffèrent.

« J'adopte la doctrine de la Salpêtrière sur l'unité de l'hystérie, dit J. Grasset (1), mais je combats les idées de la même école sur le rôle prépondérant attribué à l'auto-suggestion dans la pathogénie de ces névroses...

Ces diverses hystéries (toxique, traumatique, infectieuse) sont-elles distinctes les unes des autres, et sont-elles différentes de l'hystérie ordinaire, névrose spéciale ? Sans hésiter, je réponds : Non... L'hystérie est une unité morbide, une névrose indivisible dans sa nature... Je ne suis point de ceux qui démembrent l'hystérie, je me prononce carrément pour la théorie de la Salpêtrière.

La divergence entre ma manière de voir et celle de la Salpêtrière, existe autre part, et là elle est absolue : c'est sur la question du mécanisme pathogénique de ces hystéries consécutives. Charcot a émis la théorie de l'auto-suggestion, que j'ai déjà combattue et à laquelle je suis loin de me rallier aujourd'hui.

M. J. Grasset, parlant des cas graves de névrose traumatique, dit « qu'elle diffère de l'hystérie par la fixité, la ténacité et aussi l'adjonction commune d'un état mental particulier qui touche à la mélancolie et à l'hypocondrie, et qu'on ne retrouve pas chez les hys-

1. J. Grasset. *Leçon de clinique médicale*, 1er volume (préface et chapitre XI).

tériques. Elle se rapproche de l'hystérie sans se confondre avec elle...

Ce n'est donc pas une hystérie vulgaire, il y a un élément neurasthénique surajouté. Pour lui, « la prédisposition ne s'est pas nécessairement affirmée antérieurement ». Rejetant ainsi au second plan l'hérédité et la prédisposition, il se rapproche donc de l'École allemande (Thomsen, Bernhardt, Leyden, Oppenheim) qui font une névrose à part, tenace et rebelle.

Nous laisserons de côté ces questions de doctrine, et au point de vue clinique, nous distinguerons, avec MM. Ollive et Le Meignen, deux grandes classes de troubles :

1° **Troubles nerveux graves, d'ordre général, correspondant à ce qu'on a appelé la névrose traumatique**, se produisant à la suite d'un traumatisme crânien, d'une commotion générale ou d'une violente émotion, et relevant peut-être d'une lésion organique; du moins il est impossible d'affirmer qu'il n'en est pas ainsi. C'est la forme 2 de Vibert et Thoinot.

2° **Troubles nerveux légers ou graves souvent localisés, correspondant à l'hystéro-traumatisme**, se produisant à la suite de lésions minimes, et, en tout cas, constamment hors de proportions avec les désordres anatomiques qu'a pu causer le traumatisme initial (forme 3 de Vibert).

Avec le Dr Vibert, nous distinguerons trois formes principales d'hystéro-traumatisme :

1° **FORME HYSTÉRIQUE** (cas étudiés par Charcot ;

recueillis dans la thèse de Guinon, cas observés par Vibert) ;

2° **FORME COMMUNE OU HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE.**

3° **FORME AVEC PRÉDOMINANCE TRÈS MARQUÉE DE TEL OU TEL SYMPTOME PARTICULIER.**

Si nous admettons la division purement clinique, c'est que seule elle nous paraît étayée sur des faits d'observation, et qu'elle est aussi scientifique que n'importe quelle autre.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Nombreux sont aujourd'hui les auteurs qui croient aux lésions anatomiques des centres nerveux. C'est la théorie de Gilbert Ballet et de Pierret, à laquelle semblent se rallier Brouardel et Vibert. Scagliosi entreprit des expériences sur les animaux, en produisant des chocs sur le crâne (1). Il appliqua la méthode de Koch et Filehne (percussion rythmique et prolongée du crâne) et réussit à provoquer chez vingt-et-un lapins, une commotion cérébrale typique, sans lésion macroscopique.

L'examen histologique du cerveau, par l'imprégnation de Golgi et la coloration de Nissl, a montré des altérations manifestes, affectant les cellules nerveuses et névrogliques.

Le degré d'intensité de ces altérations variait avec le laps de temps écoulé entre l'expérience et la mort. Les lésions étaient de nature variable. M. G. Scaglosi signale

1. G. Scagliosi, dans la *Semaine médicale* de 1898, p. 478.

l'atrophie variqueuse, la dégénérescence pseudo-hypertrophique et vacuolaire du corps cellulaire, la chromatolyse et l'effacement des éléments nucléaires : toute altérations devant aboutir à une altération presque complète de la cellule nerveuse. Une heure après l'expérience, l'altération était déjà manifeste pour les cellules névrogliques (les premières atteintes) alors qu'on ne constatait encore aucune modification dans les cellules nerveuses. Celles-ci sont prises à leur tour au bout de sept heures, et vingt-quatre heures plus tard, les lésions sont complètes et générales. Dans la moelle, on retrouve les mêmes altérations, bien qu'à un degré moins prononcé. Ce retentissement de la commotion cérébrale sur la moelle n'avait pas encore été signalé. L'auteur admet qu'en martelant le crâne pendant assez longtemps, on détermine une excitation intense de la masse nerveuse encéphalique et rachidienne. Cette irritation se traduit par un trouble de la circulation dans les vaisseaux qui sont destinés à pourvoir à l'entretien des éléments nerveux et dont le fonctionnement est sous la dépendance des centres excités, d'où nutrition insuffisante des éléments histologiques de l'axe cérébro-spinal et leur destruction par auto-intoxication.

MM. Le Meignen et Ollive (1) remarquent comme M. Vibert qu'on ne peut invoquer l'émotion causée par les accidents; dans bien des cas, elle n'existe pas. Il semble plus logique de penser que, dans ces grands traumatismes où l'ébranlement corporel a été à son

1. Ollive et Le Meignen, *loc. cit.*

maximum, il a pu se produire des lésions des centres nerveux telles qu'on les a constatées dans la commotion cérébrale ou médullaire. Rien ne nous autorise à penser qu'il s'agit seulement de névrose. Ce terme de névrose d'ailleurs ne sert peut-être qu'à cacher notre ignorance : une névrose n'est après tout qu'une affection du système nerveux dont nous ignorons encore l'anatomie pathologique. Selon la remarque de Strumpell (1), rien ne démontre qu'à la suite d'une commotion cérébrale, il n'existe pas des lésions évoluant chroniquement et susceptibles de causer des troubles plus ou moins graves.

Le Dr Vibert, dans son dernier livre : les *Accidents du travail* (1906), semble se rallier à cette théorie. Il dit en effet (page 531): « Certains symptômes qui dénotent une lésion matérielle des centres nerveux sont parfois irrécusables, mais dans d'autres cas, la lésion matérielle ne se laisse soupçonner que par des signes moins certains, et cependant tout porte à croire, à notre avis du moins, qu'elle existe réellement, et qu'elle ne peut être contestée qu'en raison de l'insuffisance de nos connaissances sur la symptomatologie des lésions traumatiques des centres nerveux, quand celles-ci ne sont pas énormes. »

Ainsi donc la théorie qui admet des lésions anatomiques des centres nerveux, est défendue aujourd'hui par les maîtres les plus compétents de la médecine légale

1. *Ueber die Untersuchung. Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken.* Munchen, 1896.

Gilbert Ballet, Pierret, Vibert, Ollive et Le Meignen, Scagliosi, etc., et nous signalerons seulement les vues très personnelles et très originales que le Dr C. Biondi a exposées au Congrès de Liège de 1905.

Le mécanisme est donc très controversé. **Seeligmuller** adopte la théorie de **Pierret** (lésions anatomiques et dynamiques). **Charcot et Grasset** croient à des lésions simplement dynamiques. **Grasset** explique qu'il y a un traumatisme initial et des phénomènes nerveux consécutifs — un rapport chronologique de cause à effet entre ces deux éléments — et un contraste complet entre ces deux mêmes éléments pour le siège, la gravité et la durée.

Lépine explique les phénomènes hystériques et leur rapidité d'éclosion « par le défaut de contact momentané des prolongements protoplasmiques et cylindraxiles des neurones pouvant donner lieu dans la voie sensitive, à l'anesthésie; dans la voie motrice, à la contracture.

En résumé, nous admettons avec **MM. Ollive et Le Meignen** 1° *des cas graves, cas étudiés surtout par l'École allemande sous le nom de névrose traumatique,* où les **LÉSIONS ANATOMIQUES JOUENT UN GRAND RÔLE**, et 2° *des cas légers relevant plus spécialement des théories de la Salpêtrière qui ont fait l'objet des études de Charcot et de son École, et qu'on désigne sous le nom d'hystéro-traumatisme.*

Ainsi, peut-être, est-il équitable de reconnaître à chacun ce qui lui appartient.

ÉTIOLOGIE

Il faut d'abord distinguer une étiologie lointaine ; la préparation du terrain hystérique ; trois ordres de causes, d'après GRASSET.

1° **Causes prédisposantes.** — L'âge et le sexe (la puberté et le sexe féminin), avec les observations de Pierre Marie sur l'hystérie masculine chez ceux qu'il appelle les « irréguliers.

2° **Causes fondamentales.** — L'hérédité, l'éducation, les causes morales, les maladies générales, les diathèses, syphilis (Fournier) arthritisme, tuberculose (J. Grasset).

Le surmenage intellectuel, (qui est très rare chez les enfants (Charcot). L'onanisme et les excès vénériens (Georges Guinon). « On pourrait presque renverser complètement l'ancienne proposition qui attribuait l'hystérie à la continence. Je croirais volontiers que l'abus des plaisirs de l'amour a aidé plus de gens à devenir hystériques que leur privation complète, du moins

en ce qui touche le sexe masculin... La plupart des hystériques mâles avouent qu'ils ont plutôt abusé des femmes... Il est hors de doute que chez certains hystériques, les excès vénériens peuvent être considérés comme agents provocateurs de la maladie : (Les agents provocateurs de l'hystérie).

Les causes morales : les déceptions après un succès, examen, etc... causes inhérentes à certaines professions: institutrices (V. J. Grasset : *Conférence sur la supériorité intellectuelle et la névrose,* et *Leçons de clinique médicale* (1er vol.).

Causes occasionnelles : imitation, traumatisme, (même léger, s'il est accompagné d'une émotion intense.

Pierre Marie (1) dit à ce sujet : Il faut bien reconnaître qu'il y a des gens qui vibrent pour peu de choses ; chez d'autres, il faut, pour amener de l'hystérie, de grosses catastrophes ; en un mot, il y a des réactions personnelles dont il faut tenir compte. »

L'étiologie de l'hystéro-traumatisme diffère par plus d'un point de celle de l'hystérie.

L'âge et la profession n'y font rien ; les antécédents non plus.

Elle est cependant rare chez les enfants et les vieillards.

J. Grasset, parlant des cas graves, dit : « Les hommes et les femmes sont égaux devant l'hystérie traumatique. » La description de Berbez est citée partout.

1. *Tribune médicale*, 1902, 2e série, 33e volume, page 128

Pour Erichsen, quand la blessure est grave, le choc nerveux est moins accusé ; il y aurait là comme une dérivation de la commotion nerveuse. Donc choc traumatique et choc nerveux n'iraient pas de pair.

L'émotion a le rôle nécessaire (et suffisant quelquefois à lui seul). Les Allemands appellent ces accidents Schrecklæhmungen (paralysies par frayeur.) Blum cite la frayeur de deux mécaniciens arrêtant leurs machines avant la rencontre. Larrivé, pour mettre en relief ce rôle de l'émotion, propose le terme de névrose émotivo-post-accidentelle. MM. Ollive et Le Meignen remarquent que nous ignorons comment se comportent les centres nerveux dans la frayeur. Il se rallieraient volontiers à l'opinion de Gilbert Ballet qui croit à la formation de petits foyers de ramollissement sous l'influence de troubles vaso-moteurs, et à celle de Pierret qui estime que le spasme des petits vaisseaux peut amener la mort physiologique des éléments cellulaires.

Le rôle de l'hérédité a soulevé bien des controverses. Pour Charcot et la Salpêtrière, **c'est la cause efficiente, sine quâ non. On a toujours affaire à un prédisposé ou à un héréditaire.** Pour Grasset et l'École de Montpellier, pour Thomsen, Oppenheim et l'École Allemande, **tare nerveuse, préexistante ou latente, n'est pour rien dans l'étiologie de l'hystéro-traumatisme.**

M. Larrivé, dans sa thèse, donne raison à Grasset, contre la Salpêtrière, et il ajoute que sur 21 malades, Charcot n'en cite que 7 ayant des antécédents nerveux

certains, deux observations de Larrivé, une de Sibut ne retrouvent aucune tare nerveuse.

Peut-être y aurait-il un moyen de mettre d'accord les deux écoles, en élargissant de beaucoup le terme prédisposition ?

Et M. Larrivé après avoir adopté les théories de J. Grasset, accepte celles de Ballet, Pierret, Ollive et Le Meignen, disant : « il y a des symptômes d'hystérie et de neurasthénie, mais aussi des troubles fonctionnels trop accusés pour ne dépendre que de ces deux névroses ; le traumatisme, quelle que soit son intensité, est plus qu'une cause occasionnelle, mais peut-être bien toute la maladie » névrose traumatique, la névrose émotivo-post-accidentelle comme nous l'appelons affirmant une fois encore la prédominance du choc mental. »

En résumé, **LES DIVERS TROUBLES DIFFÈRENT QUANT A LEUR ORIGINE.**

« **Les uns relèvent d'un traumatisme grave** : choc violent sur la tête, commotion générale, émotion violente, **et sont peut-être dus à une lésion des centres nerveux**. *Tout au moins, rien ne nous permet d'affirmer qu'il en est autrement* (1).

Les autres se montrent à la suite d'une lésion extrêmement légère, si minime qu'on ne croit pas d'abord à une incapacité de travail. *Selon toute vraisemblance, l'accident n'a pas causé de désordres anatomiques dans le système nerveux central.* »

Charcot ne fait aucune différence dans cette étiolo-

1. Ollive et Le Meignen, *loc. cit.*

gie : « piqûre d'épingle ou collision de trains, c'est toujours la goutte d'eau qui fait déborder le vase. » Mais la clinique nous permet de faire une distinction que nous ne croyons pas factice ; et au tableau de la névrose traumatique proprement dite, on peut opposer un certain nombre de faits qu'on peut ranger plus justement sous le nom d'hystéro-traumatisme. » (Ollive et Le Meignen). A la suite de nos maîtres de Nantes Ollive, Le Meignen, Attimon, nous serions disposés à adopter le terme de troubles nerveux post-traumatiques.

M. Vibert (1) admet : 1° **des causes occasionnelles** (traumatisme, émotion de terreur) et 2° **le rôle de la prédisposition.**

1° Pour lui aussi, le **traumatisme est d'une nature spéciale**, et Charcot a prouvé que la blessure peut être insignifiante et de nature quelconque. M. Vibert a examiné plus de mille traumatisés par coups de couteau, balle de revolver, roués de coups, tentatives de strangulation ou de suicide, et il n'a jamais observé de névrose traumatique.

Il a examiné 400 victimes d'accidents de chemin de fer ou de voiture, chute, éboulement, explosion, et il a trouvé une centaine de névroses. C'est aussi dans cette catégorie que figurent les observations d'Erichsen, Thomsen, Oppenheim, Knapp. Ce fait est confirmé par toutes les statistiques. Tandis que Jessen trouve, sur

1. Vibert. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, IIIe série, tome 29, n° 2, 1893, pages 98 à 118.

500 blessés par accidents de tous genres, 2,5 0 0 qui sont atteints de névroses traumatiques, la proportion monte à 10 0,0 pour 292 survivants de deux grandes catastrophes de chemin de fer (Rohmer).

Et pourtant, dans le premier cas, l'émotion est au moins égale, mais dans le deuxième, il y a ébranlement physique, plus ou moins violent, des centres nerveux (surtout par choc à la tête).

Rôle de l'émotion. — La blessure peut être légère, et la terreur intense. Donc, dans certains cas, l'émotion est le facteur important. (Cependant, ce rôle a été parfois exagéré, et il y a quelques réserves à faire). Les individus blessés dans les circonstances les plus dramatiques, échappent presque toujours à la névrose traumatique. Quand il y a perte immédiate de connaissance, le blessé n'a aucune notion de ce qui lui est arrivé.

L'émotion rétrospective est donc difficile à admettre.

Rôle de la prédisposition. — Le traumatisme et l'émotion suffisent à provoquer la névrose traumatique. Dans la majorité des cas, on ne trouve aucune trace de ces prédispositions. Dans d'autres cas, malgré une hystérie antérieure nettement caractérisée, on voit apparaître la névrose traumatique sous sa forme commune, sans mélange de symptômes sûrement hystériques.

M. Henri Gayot, dans sa thèse, parlant de cette prédisposition, cite l'expression d'Auguste Comte : « Les morts dominent les vivants », « mais, ajoute-t-il, le malade ne veut pas se l'avouer, et encore moins l'avouer à d'autres. Pour lui, il y a là, et il a raison en cela, une tare indélébile. »

A la Société médico-psychologique, séance du 30 décembre 1903, sous la présidence de Gilbert Ballet, M. Joffroy fit remarquer qu'il était difficile d'apprécier la prédisposition, à cause du peu de précision, de la grande extensibilité de ce terme.

Sur huit personnes qui subissent le même choc dans un wagon, une seule fait de l'hystéro-traumatisme, par suite, sans doute, d'une prédisposition latente jusqu'à ce jour, et qui, pour MM. Gilbert-Ballet et Joffroy, existe, même si on ne la découvre pas.

Le choc peut être insignifiant (M. Briand), les uns rient de l'accident, d'autres sont indifférents, — un ou deux s'affolent, se tâtent, crient —, à leur arrivée chez elles, appellent le médecin, puis vient l'obsession d'un mal imaginaire, puis la neurasthénie. Pourquoi pas tous ? Donc prédisposition.

M. Joffroy. — Un danger peut exister sans que la catastrophe se produise ; de même, la prédisposition peut exister sans avoir jusqu'à ce jour une occasion suffisante pour se manifester. Je regarde l'hystéro-traumatisme comme une preuve de la déchéance antérieure du système nerveux. Si nous ne la découvrons pas, nous ne devons pas dire qu'elle n'existe pas, mais dire tout simplement que nous n'avons pas découvert des faits témoignant de son existence. Sans prédisposition comment admettre un seul malade sur huit blessés dans le wagon ?

M. Arnaud se demande si le traumatisme des huit personnes est rigoureusement identique ?

M. Joffroy. — Par conditions identiques, j'entends

conditions matérielles — les conditions psychiques sont fort différentes — et l'état émotionnel n'est pas le même. Le jeune homme qui voit son patron tué à son côté, est plus frappé que les autres pour lesquels ce patron est un inconnu. C'est le seul, du reste, qui fit de l'hystéro-traumatisme. Émotion identique pour le jeune homme de 15 ans qui voit sa tante transpercée. De plusieurs postiers, un seul fit de l'hystéro-traumatisme. Si on ne trouve pas de motifs actuels à une émotion plus intense chez lui que chez les autres, cela ne prouve pas que l'émotion ne fut pas plus vive chez lui, en vertu d'une prédisposition latente.

On peut voir le même sujet, à peu près à la même date, réagir différemment sous l'influence d'un même accident. Deux accidents de chemin de fer, survenus à un mois d'intervalle à un hystérique. Le premier ne produisit rien, le deuxième rien d'abord, puis le surlendemain vinrent les premiers accidents d'hystéro-traumatisme. Il était nettement prédisposé (frayeurs nocturnes, scrupuleux, père buveur, mère très émotive). Comment expliquer son calme, son indifférence, son invulnérabilité dans le premier accident, et son tronble dans le second ? La conclusion de M. Joffroy est que : 1° L'hystéro-traumatisme est un stigmate de la défectuosité du système nerveux, alors même qu'il survient comme la première manifestation de cette défectuosité; 2° que c'est l'état émotionnel du blessé au moment et à la suite de l'accident qui constitue le principal facteur pathologique.

DIAGNOSTIC

1° NÉVROSE TRAUMATIQUE

La dépression mentale fait que « les hystéro-traumatisés sont perdus pour la vie sociale » (Charcot). Le traumatisé « ne perd jamais complètement le sentiment de la réalité pathologique » (Gilbert, Ballet). Il a un aspect caractéristique : l'air triste, le corps penché en avant ou incliné sur un des côtés, la démarche souvent pénible. La débilité intellectuelle peut être parfois assez prononcée ; les réponses sont imprécises, ce qui tient à l'amnésie plus ou moins complète, à la diminution de la volonté, à la difficulté de l'attention, surtout si la conversation se prolonge. La parole est souvent hésitante.

Troubles psychiques. — Caractérisés par une tendance aux idées tristes, troubles du sommeil, le malade est obsédé par le souvenir de son accident, par ses craintes de l'avenir et de son incapacité professionnelle, par l'inquiétude sur l'issue du procès engagé.

Troubles de sensibilité. — Perceptions douloureu-

ses, hypéresthésies superficielles ou profondes, par pression sur zones hystérogènes, spasmogènes et spasmofrénatrices, et qui sont situées au niveau des testicules, des ovaires, au-dessus et au-dessous des seins, à l'occiput, au vertex, aux tempes, au rachis, au lieu traumatisé. Hémianesthésies sensitivo-sensorielles, sensations de froid, de chaleur, de brûlure, de fourmillements, de vertige. Céphalées frontales occipitales, casque neurasthénique de Charcot ; zone d'anesthésies par accès, rarement continuelles, sensibilité spéciale troublée, pour le goût, la vue, l'ouïe.

Insomnies fréquentes, avec cauchemars. Mémoire « à lacunes » à trous. Changements de caractère.

Troubles moteurs. — Localisés sur un membre ou un segment de membre, en un point de la colonne vertébrale, et qui donnent au malade une attitude soudée La diathèse de contracture est plus fréquente que la diathèse amyosthénique. Vertiges et étourdissements. Paralysies psychiques, de Charcot, « ce qui ne veut pas dire paralysies par imagination, imaginaires, qui n'existent pas, mais bien paralysies développées par action psychique » (Russell-Reynolds 1869). Hémiplégies, paralysie faciale, hémispasme facial, monoplégies brachiales, monoplégies et paraplégies crurales, paralysies segmentaires, névritiques, hystériques sans anesthésies. Bégaiement. Tremblements (vibratoire, moyen ou lent). Arthralgies, atrophies musculaires ou osseuses.

Troubles viscéraux. — Digestifs (sensation de pesanteur, douleurs épigastriques, alternatives de diarrhée et de constipation). Circulatoires et cardiaques

(trois formes principales : tachycardique, bradycardique, arythmique, dont les symptômes communs sont les palpitations, l'angoisse, l'oppression et la dyspnée.

Symptômes occulaires. — Dont nous allons citer les principaux :

Tout neurologue doit se doubler d'un oculiste, a-t-on dit ; il le devrait, surtout lorsqu'il s'agit d'une hystérie (Durand-Bonnal) (1).

1° L'amblyopie, qui est un degré atténué de l'amaurose.

2° Le rétrécissement du champ visuel, qui est plus accentué : du côté temporal dans les cas légers ; du côté nasal, dans les cas graves.

3° L'amaurose. La cécité est rare, mais existe cependant.

4° L'hémianopsie (très rare).

5° La dyschromaptosie (signe certain), le champ visuel du rouge est plus étendu que celui du vert et du bleu.

6° L'érythropsie. Le rouge est la couleur hystérique.

7° L'achromaptosie. D'après Grasset, un malade atteint de cécité pour une couleur, voit cependant du blanc quand on la mélange avec sa complémentaire.

8° La photophobie.

9° Le signe oculaire de Mendelsohn.

Troubles de l'appareil moteur oculaire.

1° De l'accommodation. P → R (presbytie) — P ← P (myopie) PR (pas d'accommodation).

1. Durand-Bonnal. Thèse de Montpellier.

2° Polyopie monoloculaire. Si la polyopie a lieu à toutes les distances, elle est irrémédiable.

3° Micromégalopsie. L'objet grossit quand on l'approche, rapetisse quand on l'éloigne.

4° Astigmatisme. Par contraction partielle du muscle ciliaire.

5° Troubles pupillaires. Souvent à la suite d'installation d'atropine.

6° Troubles de convergence.

7° Troubles dans les mouvements associés de direction.

8° Nystagmus. Oscillation rythmique des globes oculaires, avec ou sans clignotement.

9° Paralysie des trois paires nerveuses, et contracture limitée à un seul muscle.

10° Strabisme. Le plus souvent paroxystique et transitoire.

11° Asthénopie. Le plus souvent accommodative.

12° Généralisation de la contracture à des muscles extra-oculaires.

M. Dufour (de Lausanne) attache une grande importance aux symptômes oculaires et considère l'atrophie du nerf optique comme un signe sérieux (1).

Le Dr Strumpell, dans une monographie de 1897 déclare qu'il ne faut attacher qu'une médiocre importance aux mensurations du champ visuel chez les individus atteints de névrose traumatique, que les résultats en sont inconstants, et le temps qu'on y met dépensé, en pure perte. »

Le Dr Mahillon ne partage pas cette manière de

voir, et proteste contre une affirmation aussi grosse de conséquences qui, venant de la part d'un savant jouissant d'une haute réputation en matière de pathologie interne, tend à être acceptée par bon nombre de médecins, et qui ne manquera pas d'être invoquée par les auteurs responsables d'un accident pour nier la réalité du dommage qu'ils auraient causé.

Le Dr Mahillon prétend, au contraire, que l'examen fonctionnel de l'œil, y compris le relevé des mesures périmétriques, pratiqué à plusieurs reprises et suivant les règles, constitue un des éléments les plus précieux que nous possédions pour établir le diagnostic, et même dans certains cas, le pronostic de l'hystéro-traumatisme, et pour dépister la simulation (1).

Pour le diagnostic il faut se poser deux questions :

1° Est-ce un hystérique ?

2° A-t-il des stigmates ?

L'hystéro-traumatisme parfois n'a pas son cortège habituel de stigmates ; elle peut s'annoncer par un seul symptôme. Cette forme monosymptomatique est très difficile à reconnaître.

Il faut rechercher 1° **les symptômes spéciaux à l'hystérie** (modifications ou disparitions par la suggestion, dans la distraction, dans le sommeil hypnotique, par impression psychique, métal aimanté ; atténués ou exagérés par compression d'une zone hystérogène.

2° **Les symptômes que l'hystérie ne présente pres-**

1. *Bulletin de l'Ass. intern. des Méd. exp. des Compagnies d'assurances.* Tome II, 1903, n° 1.

que jamais (perte isolée des sensations tactiles ; retard ou redoublement des perceptions ; erreurs de localisation ; sommation dans les perceptions, hémianopsie en cadran ; abolition du réflexe rotulien ; incontinence des matières fécales.

3° **Les symptômes qui sont rares dans l'hystérie** (hémianopsie, nystagmus, la scansion type, l'incontinence persistante de l'urine).

Cet examen doit toujours être pratiqué : il faut rechercher la syphilis ou l'alcoolisme cachés par le malade, et ne jamais perdre de vue la possibilité, d'une association névroso-organique, ou même névroso-névrosique telle que l'hystéro-épilepsie.

2° HYSTÉRO-TRAUMATISME

L'hystéro-traumatisé est la victime d'un accident **léger, sans gravité**. Les troubles nerveux les plus fréquents sont des troubles moteurs. Souvent la santé générale n'est pas atteinte. Les manifestations, ordinairement très bien localisées, peuvent être diverses. La paralysie peut rester flasque, ou, plus souvent, en état de contracture ; les muscles extenseurs sont les plus atteints. Il peut y avoir asthénie et tremblement.

Les troubles de la sensibilité consistent en hypéresthésies ou anesthésies (cutanées ou profondes). Les troubles vaso-moteurs ne doivent pas être rattachés à des lésions organiques. Les troubles viscéraux atteignent ordinairement l'estomac (méricysme, hématé-

mèses) ou le cœur (tachycardie). En somme, c'est une sorte d'hystérie sans stigmates, une hystérie monosymptomatique.

Le trouble pathologique est créé de toutes pièces, par auto-suggestion. Et cette auto-suggestion donne raison ici à la théorie de Charcot et de la Salpêtrière.

Ainsi que le remarquent MM. Ollive et Le Meignen « on peut ne pas déceler d'antécédents nerveux chez le traumatisé, il n'en est pas moins vrai que celui qui, après une piqûre d'épingle, ne peut détacher son attention d'une blessure minime et devient monoplégique, possède un cerveau taré ; ce n'est pas un individu normal. Constatation dont nous verrons toute l'importance pour le pronostic et la responsabilité, au point de vue de la médecine légale.

PRONOSTIC

Le pronostic est plus important que le diagnostic au point de vue médico-légal. Pour M. Durand-Bonnal, la précision est souvent impossible, car c'est la plus capricieuse des névroses. Pour le professeur J. Grasset, l'évolution a deux caractères importants : la fixité et la durée. La guérison est la règle, et souvent brusque.

D'après M. Crocq (de Bruxelles) (1) le pronostic doit être basé principalement sur l'étiologie qui permet d'établir deux classes distinctes de ce genre d'affections : *névroses traumatiques graves,* **qui se montrent à la suite d'une commotion mécanique violente** et dans lesquelles il y a lieu d'admettre **l'existence d'une lésion organique,** à la deuxième appartiennent *les névroses traumatiques pures,* celles qui se produisent sous l'influence **de traumatismes peu considérables,** mais s'accompagnant **d'une émotion intense.**

1. Congrès de Bruxelles, septembre 1899.

C'est exactement la classification de MM. Ollive et le Meignen qui appellent provisoirement **névroses traumatiques LES AFFECTIONS DE LA PREMIÈRE CATÉGORIE** — et réservent le nom **d'hystéro-traumatisme A CELLES DE LA SECONDE.**

Le pronostic est grave pour M. Francotte (1). La névrose traumatique est parfois une affection grave, voire incurable, amenant une incapacité de travail complète et permanente. J'incline même à considérer cette forme morbide comme ayant d'ordinaire un pronostic mauvais, en ce sens du moins que la *restitutio ad integrum* paraît exceptionnelle. Le danger principal réside dans les troubles et les complications psychiques : démence, maladie mentale proprement dite ; dans un cas donné, le pronostic est d'autant plus fâcheux que les facultés mentales sont plus fortement atteintes. La gravité de l'affection semble aussi en rapport avec l'âge des sujets ; plus celui-ci est avancé, et plus les troubles psychiques sont à redouter. La névrose traumatique n'atteignant son fastigium qu'au bout de plusieurs mois, il ne faut pas se hâter pour porter un pronostic, mais attendre que la maladie ait atteint son plein développement. »

M. F. Raymond, dans ses cliniques de la Salpêtrière, partage l'optimisme de Grasset, de Brouardel, de Page et Blum. Pour lui la guérison est certaine, mais la difficulté est de savoir au bout de combien de temps elle se produira. Quelle sera la durée de la maladie ?

1. Académie de médecine de Belgique, 28 février 1903.

Impossible de se prononcer, car rien n'est plus irrégulier. Il n'est pas rare de voir guérir rapidement les malades lorsqu'ils ont été indemnisés largement, ce qui s'explique par le fait que, chez eux, la préoccupation morale a disparu, et que cet élément joue ici un rôle des plus importants.

M. Blum et plus optimiste encore. Le retour à la santé est la règle et le tableau merveilleux qu'il décrit est qualifié d'erreur par M. Larrivé; Vibert, Erichsen, Oppenheim, Obersteiner, Hodges, considèrent le pronostic comme très grave, tandis que Page, Blum, Davidson, Murphy, Price, Remondino, estiment que la guérison est la règle (1).

Charcot et Bouveret ne croient guère à la guérison. D'après M. Guillemaud, les cas sont d'autant moins graves qu'ils sont moins complexes.

M. Larrivé déclare que seuls les symptômes procéduriers de Lacassagne peuvent faire porter un pronostic favorable.

Il distingue trois catégories : 1° **Chez les neurasthéniques** ; le pronostic est favorable.

2° **Chez les hystériques**; la date de la guérison est impossible à préciser. On ne sait jamais quand l'hystérie finit. Il faut s'attendre à une longue échéance. Le pronostic est meilleur en l'absence de troubles psychiques.

3° **Chez les hystéro-neurasthéniques** ; la guérison est fort aléatoire, surtout s'il y a eu une grande inten-

1. Foels, de Bruxelles. Congrès de Liège, 1905.

sité du choc nerveux, avec ébranlement des centres nerveux, et trouble dynamique profond. Trois cas sont à considérer *a*) ; il y a prédominance de troubles mentaux, avec amnésie rétro-antérograde ou rétrograde, mélancolie ou hypocondrie ; il n'y a pas de guérison à espérer, *b*) il n'y a pas de prédominance de troubles mentaux ; si les troubles somatiques prédominent avec amnésie antérograde, la guérison est plus ou moins éloignée, *c*) dans le cas d'un héréditaire, la névrose dure aussi longtemps que le patient lui-même.

Il résulte de tout ceci que l'expert ne doit pas conclure hâtivement, et qu'il doit demander aux tribunaux de fixer des indemnités provisionnelles.

M. Jeanbrau, dans le *Journal des Praticiens*, n° 4 du 27 janvier 1906 déclare qu'il faut prévoir les complications, qu'on ne songe pas assez au microbe de Nicolaïer ni au vibrion sceptique, et que le certificat médical doit porter cette mention : sauf complications.

En résumé, et d'une façon plus simple, nous voyons que *si les opinions des auteurs sont contradictoires, cela tient sans doute à ce qu'on n'a pas suffisamment distingué jusqu'ici les faits graves qui relèvent de la névrose traumatique, et les cas légers qui appartiennent à l'hystéro-traumatisme.* A la clarté de cette classification de MM. Ollive et Le Meignen, nous dirons que le pronostic est dans la très grande majorité des cas bénin pour cette dernière catégorie. Les troubles locaux peuvent disparaître et disparaissent souvent rapidement, soit sous l'influence d'un traitement suggestif approprié, soit après le règlement de l'indem-

nité accordée par les tribunaux. Et cela d'autant plus rapidement que la solution aura été plus avantageuse, à tel point qu'on a cru parfois pouvoir taxer de simulateur tel individu qui, sitôt le jugement rendu, jetait des béquilles devenues inutiles. Comme eux, nous ferons remarquer tout l'intérêt qu'il y a à élucider le pronostic. Les Compagnies d'assurances attendent toujours et sont encouragées dans cette attente par leurs médecins. Elles n'y gagnent rien. L'ouvrier qui a un système nerveux malade est en état de receptivité pour toutes les influences (et tous les troubles fonctionnels et organiques que *nous supposons*). Certains experts sont vraiment trop optimistes quand ils disent invariablement: « *il y aura guérison* certaine, sans que nous puissions en fixer la date. » Les tribunaux ont raison de se baser sur l'état actuel et non sur les probabilités à venir.

L'AVENIR DES HYSTERO-TRAUMATISÉS

« Parmi le grand nombre de malades que nous avons examinés en qualité d'expert, il en est si peu que nous ayons revus après la terminaison du procès, que nous ne saurions dire, d'une façon générale, quel a été leur sort ultérieur. On ne trouve pas non plus dans la littérature médicale des documents bien nombreux sur ce point », dit le Dr Ch. Vibert, dans son ouvrage *Les Accidents du travail* (Baillière, 1906).

M. Vibert cite cependant une observation que nous résumons brièvement, avant de retracer celle du professeur Grasset, dans les *Archives générales de médecine* et les nôtres au nombre de quinze.

Observ. CLIX. — X..., 30 ans, dans un tamponnement de locomotive, reçoit une violente secousse. Après une course de 3 kilomètres à pied, arrivé chez lui, il tombe comme une masse et devient incapable de remuer ni bras ni jambe. Deux ans et demi après, comme aucun traitement n'avait produit d'amélioration, le Dr Chipier fut chargé de l'expertise :

X... est courbé en deux sur un fauteuil, incapable de se lever

ou de s'asseoir seul. Douleurs vives dans les os et les articulations. Hypéresthésies le long du rachis, sur apophyses épineuses des vertèbres. Zones d'anesthésie et d'hypéresthésie sur les membres inférieurs. Paralysie flasque des deux membres inférieurs. Parole lente avec un peu de bégayement; strabisme avec diplopie et dyschromatopsie, puis rétrécissement du champ visuel,et cela pendant six mois. Accès de palpitations, accélération du pouls qui était petit et faible. Quelques troubles vasomoteurs. Troubles psychiques très bien caractérisés au début : amnésie, idées confuses, insomnies avec cauchemars, irritabilité, affaiblissement de la volonté, dépression nerveuse, pleurs pendant un an. Le certificat indiquait une guérison sûre, probablement au moment de la solution du procès. Le Dr Chipier avait été bon prophète, car un mois après le jugement du tribunal, X... descendait seul au rez-de-chaussée et faisait ses premiers pas et, huit semaines après, montait à bicyclette. Depuis, le blessé a repris ses anciennes occupations, et n'a conservé de l'accident qu'une certaine excitabilité nerveuse dont il déclare ne s'apercevoir qu'à peine.

Le Dr Vibert ajoute qu'il ne connaît que ce seul exemple d'une guérison aussi rapide et aussi complète. Il est porté à croire « que les cas de ce genre ne sont pas très nombreux. Ils ne resteraient sans doute pas inconnus, notamment des médecins des compagnies d'assurances qui auraient tout intérêt à les publier. »

Nos observations personnelles corroborent cette opinion du Dr Vibert.

Le professeur Grasset, à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, décrit dans les *Archives générales de*

1. *Les Accidents du travail*, Baillière, 1906, page 606.

médecine de 1903 (t. I, 1er semestre, page 19) un cas très intéressant d'hystéro-traumatisme. Le traumatisme est brusque, peu intense.

Une barrique de 130 kilogrammes qu'un manouvrier de 35 ans soutenait à bout de bras, s'échappe de ses mains, roule et glisse sur sa tête et le long de la partie gauche du corps. Contusion assez forte sur la moitié gauche du corps, sans autre accident immédiat. Deux jours après, il crache du sang. Huit jours après il vomit du sang et, à partir de ce jour, des vomissements alimentaires persistent pendant deux mois. Les phénomènes nerveux ne se sont pas produits immédiatement, au moment même de l'accident, mais après une période de méditation de dix-sept jours. (Rumination qui s'est passée non dans le psychisme supérieur (centre O) de notre homme, mais dans son psychisme inférieur (centres polygonaux). Hémiplégie gauche avec hémianesthésie totale gauche. Troubles de motilité et de sensibilité caractérisant l'hystérie traumatique. L'histoire médico-légale est longue et compliquée. Un premier certificat prévoit incapacité de travail de quinze jours. Puis un deuxième médecin prescrit l'isolement et l'hydrothérapie. Repos de quinze jours à l'hôpital de Nîmes sans résultats. Puis à celui de Montpellier (service Grasset), sans succès. Jugements, plaidoiries, etc Deuxième essai à l'hôpital de Montpellier (service Rauzier). L'interne lui applique la nuit une pointe de feu pendant son sommeil. Le lendemain, le traumatisé se trouve guéri; il veut quitter l'hôpital, aller trouver son patron pour lui demander de l'ouvrage. Grasset lui signe son billet de sortie.

Grasset dans sa relation, distingue les phénomènes psychiques et les phénomènes mentaux. A aucun moment, notre homme n'a été un mental tout le temps il est resté un psychique. Psychique dans son origine,

son hystérie est restée psychique dans toute son évolution, et a fini psychique dans sa guérison, mais toujours d'un psychisme inférieur, inconscient et involontaire, c'est-à-dire polygonal. Il faut donc, conclut Grasset, pour prévenir le public et les magistrats contre leur croyance à la simulation, leur faire comprendre la différence qu'il y a entre une action psychique involontaire, inconsciente, polygonale (dont le sujet n'est pas responsable) et une action psychique, volontaire, consciente en O (dont le sujet serait responsable). C'est O qui simule et qui trompe, c'est le polygone qui fait et défait l'hystérie.

Et ainsi, cette observation de Grasset, nous montre que des troubles psychiques graves, suivant un accident grave, peuvent se terminer par une guérison complète et ne laisser aucune trace d'infirmité.

1. — Affaire M...

1. Nous soussignés, Reclus et Vibert, docteurs en médecine commis par jugement du tribunal civil de première instance de la Seine (quatrième chambre) en date du 15 janvier 1902, à l'effet de : « Examiner M..., dire quelles ont été dans le passé, et quelles seront dans l'avenir les suites morbides de l'accident dont il a été victime, s'il est atteint d'incapacité permanente, et si cette incapacité est partielle ou absolue. »

Dispensés du serment du consentement des parties, et après avoir pris connaissance des certificats produits, avons procédé à l'examen du sieur M... le 7 mars 1903 en présence des avoués des parties d'un représentant de la Compagnie d'assurances *la Foncière*, de M. le Dr Fachatte, médecin de ladite compagnie.

et de M. le Dr Berbez représentant le blessé. Un examen complémentaire a été pratiqué le 14 mars. Le sieur M... ouvrier charbonnier, âgé de 35 ans, a été blessé le 2 octobre 1900. Un autre ouvrier est tombé sur lui d'une hauteur de six à huit mètres. Le sieur M... a été ainsi projeté à terre ayant été blessé notamment à la tête. Il est resté quelques instants complètement privé de connaissance et il a été aussitôt transporté à l'hôpital Necker.

Le blessé a été examiné trois quarts d'heure environ après l'accident par M. le Dr Fachatte.

A ce moment il pouvait dire quelques mots, mais son intelligence était restée engourdie et ce n'est que deux jours après qu'elle est redevenue à peu près lucide.

Le certificat de constatation de M. le Dr Fachatte daté du même jour de l'accident (2 octobre 1900) contient ce qui suit :

« Enfoncement de la voûte crânienne sur une surface de la dimension d'une pièce d'un franc, au niveau de la région fronto-pariétale droite, plaie des téguments à ce niveau de 3 centimètres environ, au-dessus de l'arcade sourcilière gauche plaie de 2 centimètres environ, légère commotion cérébrale deux heures après l'accident, pas de phénomènes généraux. *Pronostic grave*; *réserves formelles.* »

Le blessé a pu quitter son lit dès le surlendemain, de l'accident, et il n'est resté à l'hôpital Necker que quatre jours. Il était cependant dans un état grave et souffrait notamment de maux de tête violents et de vertiges.

Il ne paraît pas avoir été soigné très régulièrement, au moins pendant les premiers temps. Il a été ensuite à la consultation de la Salpêtrière ou M. le Dr Cestan lui a délivré, à la date du 6 juillet 1901, un certificat attestant qu'il est atteint de troubles nerveux sérieux, consécutifs à un traumatisme crânien, et qu'il lui est nécessaire de suivre un traitement très régulier à la Salpétrière ».

Ce traitement consistant en douches et en électrisation a été suivi, paraît-il, pendant huit mois ; le blessé y a ensuite renoncé

parce qu'il trouvait qu'il n'en retirait aucun soulagement. Le sieur M... a aussi consulté le Dr Berbez. Celui-ci, dans un certificat daté du 26 décembre 1901, s'exprime ainsi :

« *Du côté de l'intelligence*, une attitude indifférente, de la confusion dans les idées et dans les mots, de la perte de la mémoire, les termes propres à exprimer la pensée ne viennent pas et le malade bourre son discours de mots de remplissage. Il paraît aussi que la nuit il se produit souvent des rêves terrifiants.

« *Du côté de la sensibilité*, pas de troubles objectifs bien nets, une diminution de la sensibilité sur tous ses modes. L'attitude tassée, les plis du front accusés révèlent une souffrance constante ; douleur sourde, gravative, occupant le dessus de la tête et revenant vers le front sur ce fond constant. Bronchent des paroxysmes aigus, paroxysmes douloureux se produisant surtout du côté gauche de la tête opposé au côté traumatisé, et souvent tels que le malade, au dire de sa femme, devient violent et ne paraît pas jouir de toutes ses facultés.

Il ne semble pas cependant avoir eu d'attaque d'épilepsie.

« *Du côté du mouvement*, pas de paralysie définie ni circonscrite, mais un affaiblissement général, lassitude constante, impossibilité à rester debout longtemps, des réflexes rotuliens forts, de la faiblesse irritable des organes urinaires, avec besoins fréquents d'uriner, de la dépression génitale. Dans la face, une pupille paresseuse et un tic des muscles de l'orbite gauche.

Tous ces symptômes éclairés par les commémoratifs et en rapport avec le traumatisme qu'atteste l'enfoncement des os du crâne sont attribuables à la neurasthénie traumatique, sans mélange d'hystérie. Actuellement l'incapacité est totale, absolue... »

Dans un second certificat daté du 18 octobre 1902, M. le Dr Berbez s'exprime ainsi :

« ... Je... certifie avoir examiné une troisième fois M. M... et avoir constaté que tant au point de vue de l'intelligence, qu'au point de vue du mouvement et de la sensibilité, l'état du patient est sensiblement le même que le 26 décembre 1901. »

Le sieur M... déclare que depuis l'accident il est resté incapable de tout travail. Il a essayé à diverses reprises de retourner à l'atelier; il n'a jamais pu y rester plus de quelques heures; il ne pouvait supporter le bruit, il ne comprenait plus bien ce qu'il devait faire, il n'avait pas la force de manier ses outils. Au mois d'octobre 1901, la dame M... a installé un petit débit de vins, qu'elle voulait tenir avec son mari ; mais celui-ci s'est montré très désagréable avec les clients; il les servait mal, leur enjoignait même quelquefois de sortir parce qu'ils le fatiguaient. Au bout de deux mois, le commerce de vins a dû être abandonné.

État actuel. — Le crâne présente, à la région fronto-pariétale droite, une déformation manifeste; une surface plane de six à sept centimètres de diamètre interrompt brusquement la courbure normale des os frontal et pariétal ; un brusque ressaut osseux limite cette surface plane.

A ce niveau, les cheveux, y compris les racines, manquent totalement, et le cuir chevelu paraît légèrement atrophié. Une cicatrice de plaie contuse se trouve au-devant de l'enfoncement crânien.

Cette cicatrice a la forme d'un V ouvert en avant et dont chaque branche est longue de 3 centimètres. Une autre cicatrice linéaire et rectiligne, se trouve au-dessus de la précédente sur le front, et est longue aussi de 3 centimètres. Toutes ces cicatrices paraissent intéresser toute l'épaisseur du derme, mais n'adhèrent pas aux os sous-jacents.

Le sieur M.... se plaint d'une vive douleur quand on appuie sur la partie déprimée du crâne. Il déclare qu'il souffre continuellement de la tête, surtout le matin. A certains moments, ces douleurs de tête augmentent beaucoup, s'accompagnent de vertiges, d'étourdissements, d'un peu de confusion des idées, et d'un malaise général indéfinissable. Ces sortes d'accès surviennent à intervalles très inégaux, à quelques jours ou à quelques semaines les uns des autres, le plus souvent sans cause appréciable, mais presque sûrement à la suite d'un effort d'attention

prolongé, par exemple, d'une lecture trop longue. Ces accès n'ont jamais amené de perte de connaissance, de chute, ni de mouvements convulsifs. Le plaignant dit qu'il dort très mal, étant réveillé plusieurs fois chaque nuit par des cauchemars qui représentent des scènes de meurtre, des chutes, etc. Sa femme confirme le fait; elle ajoute que les cauchemars ne se dissipent pas toujours immédiatement après le réveil, que son mari continue à manifester sa terreur parfois pendant plusieurs heures.

La dame M..., déclare que le caractère de son mari a beaucoup changé il est devenu sombre, taciturne et très irascible. La mémoire aurait beaucoup diminué; le sieur M..., envoyé par sa femme faire une commission revient chez lui au bout de quelques instants, demander où il faut aller, et parfois cette scène recommence deux fois pour une même commission. Chez les fournisseurs il oublie de prendre la monnaie d'appoint qu'on lui a rendue, etc.

Ces oublis, ces lacunes de mémoire ne portent guère que sur les faits récents. Le sieur M... a bien conservé le souvenir des faits antérieurs à l'accident. Il donne exactement les noms, âges, situations des divers membres de sa famille, il est vrai qu'il ne fournit ces renseignements que lentement et après un effort qui paraît pénible. Il s'agit là d'une difficulté d'assembler les idées et de faire un acte d'attention, difficulté qui s'est manifestée continuellement au cours de nos deux examens.

Le sieur M..., s'exprime d'une façon spéciale. Après chaque question, il reste d'abord silencieux et quelquefois longtemps. La réponse qui vient ensuite est, en général, précise, mais toujours très courte. Quand la question comporte deux réponses, une seule est faite, et il faut renouveler l'interrogatoire pour obtenir la seconde.

Le sieur M..., est très laconique, et ne parle pas spontanément. Il a d'ailleurs un peu de difficulté à trouver ses mots et sa parole est souvent hésitante. Un tic continuel agite les paupières de l'œil gauche. Les pupilles des deux yeux sont égales et réagissent assez bien à la lumière, bien qu'un peu lentement.

L'étendue du champ visuel n'a pu être appréciée exactement, le plaignant étant incapable de se prêter à cet examen. La lecture des caractères ordinaires d'imprimerie se fait bien avec chacun des deux yeux. Le sieur M..., explique, que quand il a lu quelques instants, les lettres deviennent confuses, se brouillent les unes avec les autres ; s'll veut insister, il est pris d'un de ces accès de maux de tête et d'étourdissements dont il a été parlé plus haut.

La sensibilité cutanée est parfois très amoindrie. Quand le malade a les yeux fermés, on peut lui perforer la peau *de part en part* avec une épingle, *sans* qu'il manifeste de signes de douleur; les piqûres ne saignent pas. Le réflexe pharyngien est conservé. Celui du genou est à peu près normal et égal des deux côtés. Il n'y a pas de tremblement des mains, ni des autres parties du corps. Les divers mouvements ont conservé une précision suffisante. Ils paraissent avoir perdu beaucoup de leur énergie. Mais il n'existe pas d'atrophie musculaire localisée. Le sieur M... ne paraît pas très amaigri. Il n'accuse pas de troubles digestifs bien marqués. Il a, dit-il, des mictions fréquentes, surtout pendant la nuit, mais la quantité d'urine totale est à peu près normale.

La dame M... explique que son mari passe le temps dans une oisiveté à peu près complète. C'est à peine s'il peut vaquer à quelques occupations domestiques ; toutes les conversations le fatiguent et il évite la visite de ses amis ; il préfère s'absenter de chez lui pour faire des promenades à pied ou en omnibus. Il peut marcher assez longtemps, pourvu qu'il se repose souvent.

Conclusions.

Il résulte de tout ce qui précède, que le sieur M... a été atteint le 2 octobre 1900 d'un *violent* traumatisme à la tête, qui a occasionné un affaissement de la voûte du crâne, et qui a laissé à sa suite les troubles cérébraux qui se manifestent ordinairement en pareil cas. Ces troubles cérébraux, maux de tête con-

tinuels et paroxystiques, vertiges, insomnies avec cauchemars, paresse et lenteur de l'idéation, diminution de la mémoire, de l'attention, changement de caractère, asthénopie accommodative, etc., se présentent, dans le cas actuel, *avec des caractères tels que leur réalité ne saurait être mise en doute.*

En l'état actuel, le sieur M... est *incapable de reprendre son ancien métier et même de se livrer à aucune occupation régulière et suivie.* Comme il s'est écoulé déjà près de deux ans et demi depuis l'accident, sans qu'une amélioration notable se soit produite, *les chances de guérison paraissent maintenant bien minimes.* En tous cas si, *contre toute vraisemblance*, la guérison finissait par être obtenue, ce ne serait pas avant un délai de deux années au moins, à dater d'aujourd'hui, que le sieur M... serait en état de travailler régulièrement.

Paris, 18 mars 1903.

Signé : P. Reclus et Ch. Vibert.

20 mars 1903. *Rapport, nº 250.*

2. — Affaire T...

Je soussigné Gustave Ollive, professeur... expert nommé le 18 mai 1905... avec mission d'examiner Arthur T.., de rechercher la nature et le caractère de sa blessure, de dire si elle est permanente, temporaire ou partielle, et dans ce cas d'indiquer la date de la consolidation de la blessure et le quantum de réduction de capacité professionnelle...

Arthur C.., charpentier, est âgé de 43 ans. Le 21 novembre, fit une chute d'une hauteur de 10 mètres. Le Dr de Paulo dit dans le premier certificat : « Plaie à la tête, région pariétale droite, contusion violente au genou droit et luxation avec fracture probable du coude gauche. D'où vingt jours incapacité de travail. » Le blessé raconte en outre qu'il est resté vingt-quatre heures sans connaissance, qu'on lui a appliqué vingt-quatre

sangsues. Plaintes et lamentations : il est un homme fini, incapable du moindre travail, il aurait mieux fait de se tuer, peut à peine marcher, est sourd, etc.

Tout cela est dit certainement de bonne foi, mais avec une grande exagération. J'essaye de persuader à T.., qu'il n'est pas l'*homme si diminué* qu'il prétend être aujourd'hui.

Le premier certificat est signé du Dr Foucaud, 8 mai 1905. C'est un homme atteint d'asthénie générale. Il n'existe pas de dépression dans la région pariétale droite, et quant à la plaie signalée dès le premier jour en ce point, elle n'a même pas laissé de cicatrice.

La demi-surdité bilatérale ne paraît pas non plus l'expression de la vérité, au moins pour ce qui est aujourd'hui. T.., répond, et d'une façon toujours juste aux questions qu'on lui adresse, même lorsqu'elles sont faites à voix presque basse. S'il semble quelquefois ne pas suivre la conversation, s'il semble même ne pas répondre à la question posée, à moins que son attention ait été préalablement éveillée, il y a là un phénomène d'ordre psychique, mais en réalité, il n'existe pas de surdité.

L'extension complète de la jambe est aussi parfaite que possible. Pas de gonflement du genou ; aucun craquement. La musculature est bonne ; aucune enflure de la jambe malade, même après une marche assez longue. Le mouvement d'abduction de la cuisse est un peu pénible, et cela aussi bien à droite qu'à gauche. Tout le corps se meut difficilement, lentement et cela non pas à cause de lésions osseuses ou musculaires, mais en raison de l'asthénie dont le blessé est atteint. L'extension et la flexion ne sont pas totales pour le coude gauche qui a son volume normal et où l'on n'entend aucun craquement, mais cela est très peu apparent. Aucune atrophie musculaire, la pression des deux mains est très énergique.

L'accident du 21 novembre n'a laissé aucune tare physique ni psychique. J'ai dit déjà avec quelle exagération, telle est au moins ma conviction, il traduisait cet état. Il se plaint aussi de vertiges, de troubles de la vue ajoutés à ceux de l'ouïe. Mon

distingué collègue, le Dr Sourdille m'a remis la note suivante :

« 1° L'acuité visuelle des deux yeux est normale, et égale l'unité après correction d'une légère hypermétropie (0,50). 2° Il n'existe pas de diplopie, pas de troubles pupillaires, pas de lésions ophtalmoscopiques. 3° *Le champ visuel est absolument normal* pour les deux yeux.

En somme je n'ai constaté aucune lésion anatomique et aucun trouble fonctionnel sauf un peu de faiblesse de la convergence et de l'accommodation sans paralysie proprement dite, et qui est due à une pyasthénie portant sur toute la musculature oculaire extrinsèque et intrinsèque. Cette asthénie me paraît d'ailleurs inséparable de l'asthénie générale dont le malade me semble frappé, et qui m'a paru le symptôme dominant de son état général.

J'ajouterai, enfin, que l'appétit est bon, qu'il n'y a aucune altération de la nutrition générale, et que l'examen des divers organes ne révèle ni lésion, ni altération fonctionnelle.

Une chute d'une telle hauteur aurait pu certainement entraîner de graves désordres, et il semble même que le blessé éprouve une certaine surprise en constatant qu'il est si peu atteint, mais son souvenir et ses pensées se retournent sans cesse vers l'accident (il répète qu'il est tombé d'une hauteur de 12 mètres) il croit qu'il ne peut l'être que gravement.

J'estime que T... devra reprendre confiance en lui-même, et se livrer peu à peu au travail où il retrouvera dans un temps plus ou moins proche toute sa valeur.

Mais aujourd'hui elle doit être considérée comme diminuée de 30 0/0.

État actuel. — Arthur T..., 18, rue B..., Nantes, malgré sa maladie, a été repris par ses patrons qui sont très bons pour lui, mais il ne fait rien et ne peut rien faire. Il a toujours l'ouïe paresseuse et il faut parler très fort pour le faire entendre. Cette demi-surdité lui est survenue à la suite de l'accident ; et en même temps la presbytie a beaucoup augmenté.

Quand on lui parle, ses idées paraissent lentes, il semble

ruminer pour comprendre d'abord, et pour répondre ensuite. Il ne peut mettre sa jambe en extension. Il peut à peine se traîner et met très longtemps à se rendre au chantier ; ses camarades ont pitié de lui, et lui aident à faire sa besogne. Depuis longtemps il est très gêné pour uriner et pour déféquer. Il attribue cette gêne à une blessure de la vessie attribuée à cette cause qu'il est tombé de plus de 10 mètres, les jambes écartées. En somme il y a plutôt aggravation des symptômes constatés dans le rapport du Dr Ollive. Je note surtout que le traumatisé n'a pas perdu confiance, loin de là, qu'il ne s'est pas démoralisé, qu'il fait tous ses efforts pour travailler afin d'élever sa famille qui est nombreuse, mais qu'il lui devient de plus en plus difficile de travailler.

3. — Affaire L...

Je soussigné Gustave Ollive, professeur-expert, nommé le 31 décembre 1902... à l'effet d'examiner l'état du sieur L..., de dire si la blessure reçue au poignet droit le 2 juillet dernier est guérie, ou si, au contraire, L... est atteint d'une incapacité de travail permanente et partielle, et dans ce cas de fixer le quantum de cette incapacité...

L... se présente en tenant son bras droit dans l'attitude bien caractéristique de la paralysie radiale : l'avant-bras est fléchi, la main est à angle droit sur l'avant-bras et en pronation et le malade ne peut redresser cette main. Si cependant l'on insiste pour obtenir ce redressement, on constate que les extenseurs peuvent se contracter relevant incomplètement la main, mais qu'en même temps les fléchisseurs entrent en contracture, s'opposant pour ainsi dire au mouvement total d'extension. Si le poignet est placé sur un plan horizontal, les mouvements de latéralité sont possibles, mais peu étendus. Les muscles supinateurs paraissent avoir conservé toute leur action. Le mouvement de supination se fait le bras étendu, sans que le biceps inter-

vienne. L'écartement des doigts se fait facilement, il n'y a donc pas paralysie des muscles. En résumé, si le malade présente bien l'attitude de la paralysie radiale, la symptomatologie est incomplète.

La sensibilité est abolie par places, diminuée seulement dans d'autres points et conservée dans certaines parties sans qu'il soit possible de rattacher les troubles plutôt aux territoires innervés par le nerf radial qu'à d'autres. Le Dr Allaire a constaté que les courants faradiques font également contracter les muscles des deux côtés. Et sur les muscles innervés par le nerf radial, du côté droit, on ne trouve pas d'inversion de la formule.

Enfin, ce bras paralysé depuis plus de huit mois, ne présente pas la moindre atrophie.

L..., 35 ans, est couvreur, marié, a trois enfants bien portants. La mère est morte de variole; le père, de fièvre typhoïde. Il est pâle, mais ne présente aucune lésion organique. Quelques troubles de la sensibilité générale, anesthésie du pharynx, de la conjonctive, de la pituitaire, pas de rétrécissement du champ visuel.

Une première question se pose. S'agit-il d'un accident de travail? Le 2 juillet 1902, L... se rend à son travail, et de 6 heures à 7 heures du matin, il aide ses camarades à monter des échelles. Ni avant ce travail, ni pendant, il n'éprouve la moindre gêne dans les mouvements du bras ; pas de ces engourdissements, pas de ces fourmillements, prodromes quelquefois de la paralysie radiale.

A 7 heures, il veut passer d'un grenier d'une maison sur le toit, et pour cela, s'appuyant des deux mains sur le cadre d'une lucarne, il veut se soulever, faisant cette sorte de rétablissement bien connu des ouvriers de sa profession. Il éprouve une violente douleur dans le poignet droit, et ne peut accomplir son mouvement ; presque immédiatement sa main est impotente ; il veut saisir son marteau, il le peut encore mais il est inhabile à le manier, ne peut frapper là où il veut ; enfin il lui devient même impossible de tenir cet outil.

A 1 heure il se rend chez le médecin de l'assurance qui conseille pendant deux jours des cataplasmes arrosés d'eau blanche, puis place un appareil plâtré dans lequel sa main est mise en extension forcée. Au bout de 15 jours, l'appareil est enlevé, mais la main retombe ; à la fin d'août on fait un traitement électrique qui est continué jusqu'au 29 octobre.

Une amélioration se serait d'abord produite, mais elle n'a pas persisté. L..., prétend qu'il était très troublé par les séances d'électrisation, que « ça lui montait à la gorge » et quand je lui ai conseillé de se soumettre à l'électrisation, il m'a répondu que l'électricité le rendait malade. Je souligne ces faits comme se rapportant au tempérament névropathique du malade. Voilà les faits exposés. Que s'est-il donc produit le 2 juillet ?

Y a-t-il eu déchirure des tendons extenseurs? Ce n'est guère possible, car une telle déchirure, non seulement eût été très douloureuse, mais aurait encore déterminé un épanchement sanguin, épanchement sanguin qui n'a jamais été signalé.

Y a-t-il eu déchirure du nerf radial? Non; une déchirure sans qu'il y ait fracture ou luxation est presque impossible. Enfin, si le nerf avait été déchiré, on trouverait de l'atrophie du membre et des réactions électriques anormales.

J'admets qu'au moment où L... tentait son mouvement de rétablissement, sa main « a tourné » et alors sous l'influence d'une flexion ou d'une extension forcée, il a ressenti une vive douleur. Voilà l'accident de travail. Il a pu en résulter immédiatement un peu d'impotence de la main, mais rien ne pouvait permettre de croire aux conséquences actuelles.

Je tiens aussi à faire remarquer que l'impotence presque absolue telle qu'elle est constatée aujourd'hui, ne s'est pas manifestée dès le moment de l'accident. Il a pu saisir son marteau, il s'en servait maladroitement il est vrai, mais enfin, il pouvait encore le tenir, il en est incapable maintenant ; mais L..., est impressionné par l'accident lui-même et plus encore par la difficulté qu'il a eue à manier son marteau, et son psychisme réalise promptement la névrose traumatique. Depuis lors, il n'a fait que ruminer pour

ainsi dire son histoire d'accident, et la préoccupation de l'avenir, aussi bien de celui de son aptitude au travail que celui du procès engagé, n'a fait qu'accentuer plus encore les symptômes.

L..., n'est pas un simulateur. Il peut guérir demain, dans quelques semaines ou quelques mois, comme il peut ne pas être guéri dans un an, mais ma conviction est qu'il guérira.

Mais tant que l'état actuel persistera, cet homme sera incapable de travailler à sa profession, du moins, et l'on peut évaluer le quantum de son incapacité du travail à 70 0/0.

État actuel. — L..., couvreur, précédemment, 1, rue du Petit Bacchus, actuellement, 21, rue Saint-S... Les douleurs qu'il éprouvait autrefois dans le poignet droit, sont finies. Aujourd'hui, il manœuvre bien son marteau et ses outils, gagne de bonnes journées, ce qui prouverait qu'il n'y a pas eu déchirure des tendons extenseurs ou du nerf radial. Il se rappelle à peine l'accident, et il faut insister sur les circonstances pour lui faire raconter son histoire. Il insiste surtout sur les « affaires du procès ».

Il s'est remis peu à peu au travail et ne peut préciser l'époque de sa guérison.

4. — Affaire Yves Mathieu H...

Nous soussignés Albert Malherbe, Gustave Ollive, Amédée Monnier, experts... à l'effet de visiter H.., de dire quelles ont été pour lui les conséquences de l'accident du 20 novembre 1902...

Yves-Mathieu H.., 58 ans, d'excellente santé jusqu'en 1885 ; atteint alors d'une affection oculaire de nature traumatique et sur laquelle nous aurons à revenir ultérieurement.

Le 20 novembre 1902, H.., était à travailler sur la voie des tramways lorsqu'il voulut liquéfier un baril de coaltar en y plongeant l'extrémité d'une barre de fer rougie au feu. Une explosion se produisit. La barre, les débris du baril vinrent atteindre H.., à la jambe droite, produisant plusieurs plaies... Les cicatrices de ces plaies se confondent avec les cicatrices des abcès

qui se produisirent plus tard. Il n'y eut pas de fracture des os de la jambe, pas de déplacements articulaires. Le blessé peut rester debout. Le Dr Blaizot pansa les plaies. Le Dr Dauly fit une radiographie montrant que les os n'avaient pas été touchés. Le blessé reste couché pendant quatre mois, ce qui paraît excessif, étant donné le peu d'importance du traumatisme. Au cinquième mois, le Dr Patoureau voit se former plusieurs abcès superficiels paraissant tenir à des infections secondaires des plaies. En août 1903, visite du Dr Poisson qui dit que la jambe était contractée. Actuellement H.., se lève, marche avec deux béquilles, mais il lui est impossible de poser le pied à terre, le membre inférieur gauche étant en demi-flexion au niveau du genou. Le malade se déshabille avec peine ; si un mouvement un peu trop brusque est imprimé au membre. H.., pousse des cris, sans pouvoir localiser sa douleur.

Il y a de l'atrophie ; les mensurations prises sur la jambe et la cuisse donnent : à droite, cuisse, 0,36, jambe, 0,25 1/2 ; à gauche, cuisse 0,40, jambe 0,30.

Le blessé, étant couché, ne peut étendre la jambe, et l'on constate alors qu'il y a intégrité parfaite de l'articulation de la hanche, les mouvements de flexion, même forcée, du genou est possible, mais l'extension est très limitée par une contracture des fléchisseurs. Veut-on étendre la jambe, on ne peut vaincre la résistance de cette contracture, et cependant, en détournant l'attention du blessé, on peut toujours gagner quelques centimètres. Nous sommes convaincus que cette contracture cédera un jour, car elle n'est justifiée par aucune lésion articulaire. Si nous explorons la sensibilité, nous constatons qu'il y a anesthésie complète du membre inférieur droit, anesthésie qui cesse à quelques centimètres au-dessus du genou.

Le Dr Sourdille a examiné les troubles de la vision. Œil droit. Vision absolument nulle. Aucun phénomène inflammatoire actuel ou récent. Au niveau de la moitié supérieure du limbe cornéen, la cicatrice d'une incision ancienne (kératotomie). Chambre antérieure sensiblement normale. L'iris porte les stig-

mates d'une inflammation ancienne ; la pupille est détournée et prend l'aspect d'une fente presque verticale commençant en haut au niveau du limbe et se terminant un peu au-dessous du centre de l'iris. Cette déformation est due, sans aucun doute, à une opération déjà ancienne pratiquée sur l'iris (iridotomie ou iridectomie). Le cristallin est réduit à l'état de masse irrégulière, opacifiée, en partie résorbée, le pourtour de la fente pupillaire y adhère par des exsudats anciens. Le fond de l'œil est absolument inéclairable, grâce à l'opacitation du cristallin, et aussi probablement du vitré.

Œil gauche. — Acuité visuelle de deux cinquièmes environ, presque moitié. Aucune trace d'inflammation actuelle. Lésions très manifestes d'iritis ancienne avec couleur jaune sale de l'iris, de formation de la pupille, synéchie postérieure presque totale. Le champ pupillaire est lui-même obstrué en partie par des exsudats.

H... nous apprend que c'est depuis huit ou neuf mois qu'il s'est aperçu *fortuitement* (en fermant son œil gauche) que son œil droit ne voyait plus, et il attribue cette perte de l'œil à une réaction nerveuse (!) consécutive au traumatisme accidentel de novembre 1902.

Cette corrélation est impossible à admettre. Il a été atteint en 1885 d'une affection oculaire (cataracte traumatique produite par un grain de sable ?). L'autre œil étant atteint d'iritis, on peut admettre une double iritis, légère à gauche, plus grave à droite. Certainement, les lésions de l'œil droit sont très anciennes, bien antérieures à l'accident incriminé. Des réactions violentes : douleur, rougeur, etc., auraient été constatées par le médecin traitant. Le Dr Sourdille n'admet aucune corrélation entre les deux affections.

L'état de H... est assez satisfaisant ; aucune lésion organique du cœur, des poumons, du tube digestif, aucun trouble des fonctions cérébrales. Quelquefois insomnies.

En résumé, H... est atteint d'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, sans aucune lésion osseuse ou articu-

laire, et sans lésions des centres nerveux. Cet état est la conséquence de l'accident du 20 novembre 1902, accident beaucoup moins grave que le blessé l'a cru et continue à le croire. Seuls, en effet, les tissus superficiels ont été atteints. Il persiste aujourd'hui des troubles névropathiques qui rendent impossible l'usage du membre inférieur droit.

Quoique cet état soit susceptible de guérir, et même très rapidement après la solution du procès engagé, nous ne pouvons cependant affirmer la guérison. Nous devons surtout tenir compte du long temps écoulé depuis l'accident, sans qu'une amélioration se soit produite.

Le sieur H... a eu d'abord des plaies de la jambe, puis une série d'abcès. Il est assez difficile de dire quand H... a cessé d'être un blessé pour devenir le malade qu'il est aujourd'hui de par son traumatisme. On pourrait tout aussi bien fixer la date de la consolidation cinq mois après l'accident, ou fixer cette consolidation à la date du dépôt de ce rapport.

État actuel. — Yves-Mathieu H..., ne marche qu'en s'appuyant sur un énorme bâton, et grâce à un appareil orthopédique (assez grossier, du reste), appliqué sur la jambe et la cuisse droites. La jambe droite est toujours le siège d'abcès qui viennent par séries, et qui s'en vont en laissant de petites cicatrices. On pourrait sans doute songer au diabète, mais l'analyse des urines n'a jamais été faite, paraît-il. La marche est donc très fatigante, surtout en temps d'orage, et le bras droit qui appuie sur le gros bâton pour soulager d'autant la jambe droite (un peu plus courte) est vite fatigué, contracturé avec tremblements « convulsifs ». H..., éprouve des étourdissements, des vertiges ; la crise commence à l'endroit de l'ancienne blessure de la jambe par des élancements, et gagne la cuisse, remonte au flanc droit et à la tête. L'œil droit est perdu ; il ne voit plus depuis longtemps, mais sans avoir occasionné jamais aucune souffrance. De sa parole hésitante, saccadée, il nous raconte ses cauchemars fréquents, ses longues périodes d'insomnies, qui augmentent de nombre avec les années. Sa mémoire lui joue

des tours : de plusieurs faits arrivés le même jour, il se rappellera les uns et n'aura aucune souvenance des autres ; et cela sans raison, sans pouvoir donner une explication de ces lacunes, de ces trous bizarres. Il lui est impossible de travailler ; il reste assis dans son jardinet lorsqu'il fait du soleil, et maugrée contre les médecins et surtout contre les juges, dont la malveillance l'a plongé dans la misère.

5. — Affaire V...

Rapport des Drs Ollive, Monnier, Mirallié, 1er juillet 1904.
Accident du 21 janvier 1903.

Le 21 janvier 1903, le sieur V..., Jules, terrassier, tomba à la renverse, resta inanimé sur le sol, fut transporté dans une pharmacie puis chez lui ; obligé de garder le lit pendant plusieurs mois, ne put ensuite marcher qu'en s'appuyant sur les meubles ou sur une personne.

Il se plaint de douleur à la région lombaire droite, de difficulté de la marche par parésie du membre inférieur droit, et de syncope. La douleur du flanc droit est continue, exaspérée par les mouvements et la pression, elle occupe tout l'espace compris entre le rebord costal droit et l'os iliaque droit. A ce niveau, le pincement de la peau, la pression sont très douloureux, mais il n'existe pas de point douloureux nettement circonscrit, il s'agit plutôt d'une zone douloureuse. La motilité du membre inférieur droit est très diminuée ; tous les mouvements sont possibles, mais très diminués d'amplitude ; ils se font lentement, péniblement et sans force. Pour marcher, V..., s'aide de deux béquilles, mais l'appui qu'elles lui donnent est plutôt psychique. En marchant, V..., s'appuie à peine sur ses béquilles et porte les pieds alternativement l'un devant l'autre, comme dans la marche normale. La marche est du reste assez rapide. Toute la moitié droite du corps est le siège d'une anesthésie absolue qui s'arrête exactement sur la ligne médiane du

corps : tout contact, toute piqûre sur cette moitié du corps, face comprise, n'est pas perçue. Cette anesthésie est réelle : Quand on pique le malade à droite, le pouls reste à 84 pulsations à la minute; si l'on pique à gauche, le pouls monte à 96 (signe de Muller). Quand on pique simultanément deux points voisins l'un de l'autre, l'un sur la peau normale, l'autre sur la peau anesthésique, le malade n'accuse qu'une seule piqûre ; si on enlève progressivement le contact avec la peau saine (en continuant la piqûre sur les régions anesthésiques) V..., déclare ne plus rien sentir dès que toute piqûre a cessé sur la peau normale (Signe de Mankopf).

La langue est complètement anesthésique au tact et à la piqûre ; le sulfate de quinine n'est pas perçu ; il y a donc abolition du goût. L'odorat est aussi altéré ; l'ammoniaque est sentie à gauche, pas à droite ; l'acide acétique n'est perçu ni à droite ni à gauche. Le champ visuel est très rétréci des deux côtés. L'oreille droite n'entend le diapason ni devant l'oreille, ni contre l'apophyse mastoïde ; il y a donc perte de la conduction par l'air et par les os. A gauche, le diapason appliqué contre l'os n'est pas perçu, il est entendu, au contraire, quand on le place à deux ou trois centimètres au-devant du conduit auditif externe. Quand on place le diapason sur le vertex, les vibrations ne sont perçues ni par l'une ni par l'autre oreille.

Les réflexes tendineux sont normaux à droite et à gauche ; le réflexe plantaire est aboli à droite, ainsi que le réflexe crémastérien.

Devant nous, le malade a eu, à deux reprises, ce qu'il appelle « ses syncopes ». Il raconte que celles-ci le prennent quand il reste longtemps dans la même position : assis, debout ou couché. Ces syncopes ne sont pas autre chose que des crises de sommeil hypnotique spontané. Le malade ferme les yeux et semble dormir; il est dans la résolution complète et absolument immobile; le bras droit soulevé et abandonné à lui-même, retombe comme une masse; le bras gauche garde la position qu'on lui donne (état cataleptoïde).

V... est atteint d'hystéro-traumatisme (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, crises de sommeil hypnotique, etc.). Rien ne permet d'admettre chez lui une lésion même légère des centres nerveux, et tout relève uniquement de l'hystéro-traumatisme.

V... est-il un simulateur? Nous n'hésitons pas à répondre non; rien ne nous permet d'admettre la simulation, tout concorde pour sa non existence (signes de Muller, de Mankopf).

Quel est l'avenir réservé à V...? Il est impossible de prévoir quelle sera l'évolution?

Les accidents hystériques actuels peuvent persister tels, sans amélioration, mais, et c'est l'évolution la plus fréquente, ils peuvent guérir sans laisser de traces, mais dans un temps impossible à évaluer. Nous devons déclarer cependant que l'état actuel de V... est infiniment plus grave que celui où l'a vu l'un de nous, peu de temps après l'accident (4 mars 1903), les accidents hystériques se sont développés et accentués, et quelques-uns ont apparu qui n'existaient pas alors. Cette évolution aggrave plutôt le pronostic et rend l'avenir plus sombre. Insistons sur ce fait que l'issue du procès, quelle qu'elle soit, peut avoir une influence favorable sur le résultat, en délivrant le blessé d'une cause de préoccupation.

En résumé, nous concluons :

1° V... est atteint d'hystéro-traumatisme;

2° Cette affection peut persister sans amélioration, mais le plus souvent, la terminaison est favorable dans un avenir impossible à préciser;

3° Actuellement, V... est dans l'incapacité absolue de travailler.

Nantes, 1er juillet 1904.

Signé : Mirallié, Ollive, Monnier.

État actuel. — V... marche toujours avec deux béquilles, et du reste ne peut faire quelques pas sans éprouver une grande fatigue.

Il éprouve toujours ses « syncopes », s'arrête tout à coup, voit tout tourner, a envie de vomir et tombe comme une masse.

Aussi, dans la crainte de cet accident qui peut lui arriver n'importe où, il se fait accompagner par un de ses enfants.

L'odorat est très émoussé ; il ne sent ni l'acide chlorhydrique, ni l'ammoniaque.

L'oreille droite est sourde, et l'œil gauche n'y voit pas. La jambe droite est restée complètement insensible aux piqûres, au tact, à la température ; elle éprouve par accès des engourdissements. L'idéation semble pénible, et V... divague beaucoup. Il veut me raconter son accident longuement, me parle d'une épreuve radiographique où on lui a trouvé qu'il avait « les nerfs aplatis ! » Il se plaint d'insomnies fréquentes avec cauchemars. « Il bataille toute la nuit » et se réveille tout à coup, probablement dans l'ardeur de la lutte Il n'a pas d'appétit, ne suit plus aucun traitement ; l'électricité lui donnait des contractures. Comme tous les traumatisés que j'ai visités, il se plaint beaucoup du jugement du tribunal, et veut demander une nouvelle expertise. Le fait est que la maison paraît très misérable.

6. — Affaire M...

Rapport d'A. Malherbe, *10 oct. 1900*. — Quatre certificats médicaux du Dr Lemarié (la mémoire a longtemps fait défaut et maintenant encore il reste une certaine difficulté dans l'assemblage des idées et dans la prononciation ; légère paralysie de la vessie et des intestins ; paralysie très marquée de la face et des membres du côté droit ; les mouvements du bras sont lents et sans vigueur) ; du Dr Redureau (paralysie faciale gauche ; les fonctions cérébrales ne sont qu'incomplètement revenues ; un peu d'hébétude ; parole embarrassée, recherche des mots ; bégayement ; troubles de la mémoire) ; du Dr Leduc (il existe peu d'espoir d'une guérison plus complète, le malade sera toujours incapable de gagner sa vie).

M... a fait, le 24 janvier 1900, une chute sur la tête d'une

hauteur de plusieurs mètres. Resté plusieurs jours sans connaissance. Troubles de l'intelligence, de la parole et de la mémoire. Il y a un peu de faiblesse de l'oreille gauche. Il mange ses mots, il éternue souvent, dit la mère, et crache quelquefois du sang. Il a des vertiges et par suite la démarche d'un homme ivre. Il est devenu peureux; quand sa mère sort avec lui, il craint qu'elle ne soit écrasée par les voitures. Il se rappelle des faits passés il y a longtemps et ne se rappelle pas les conversations qu'il a eues la veille. La jambe droite est faible et il boîte de cette jambe. La jambe gauche est atteinte d'une diminution très appréciable de la sensibilité. Il est évidemment hors d'état de se livrer à aucun travail. Est-il permis d'espérer que des troubles physiques et intellectuels qui persistent depuis dix mois sont encore susceptibles de s'amender d'une manière sérieuse et de permettre à M... de gagner sa vie par son travail. Si la guérison vient, ce ne sera pas avant un temps très long, une ou plusieurs années peut-être. S'il peut reprendre un travail manuel, il aura perdu au moins la moitié de sa valeur comme ouvrier. L'amélioration que nous considérons comme possible est hypothétique, et il peut arriver que M... reste indéfiniment dans l'état de déchéance physique et intellectuelle qu'il présente actuellement, et soit à tout jamais incapable de se livrer à aucun travail.

Nantes, 10 octobre 1900.

Signé : Malherbe.

État actuel. — M... a repris son travail aux chantiers D..., Il y a une légère amélioration, mais la guérison semble désormais impossible. L'oreille gauche est très paresseuse. Il éprouve toujours des vertiges, des insomnies avec cauchemars; sa mémoire est toujours « à lacunes », « à trous ». Il y a des choses indifférentes dont il se rappelle fort bien, et des choses beaucoup plus importantes dont il n'a aucune souvenance. La parole est hésitante; l'idéation semble difficile. Il éprouve une certaine difficulté pour uriner et il est souvent très constipé. Sa capacité de travail est considérablement diminuée, et le juge-

ment du tribunal ne l'a point satisfait. On lui confie les besognes les moins pénibles, les moins fatigantes, celles qui exigent le moins d'attention.

Sa chute l'a beaucoup vieilli, et il paraît très affecté. Les troubles psychiques dominent, mais il faut noter aussi une grande faiblesse des jambes et une légère claudication. M... est en somme dans un état satisfaisant. Il souffre bien encore de temps en temps aux régions sacrée et fessière gauche, mais ces souffrances sont beaucoup moins aiguës qu'autrefois, et les mouvements sont possibles. De ses anciens troubles psychiques, il ne reste guère que de l'insomnie, avec rêves. Il pense souvent à son procès comme si l'affaire n'était pas réglée depuis longtemps.

Il a repris son travail maintenant ; et, comme il a quitté Nantes pour Vertou, beaucoup de ses voisins ignorent encore maintenant qu'il a été blessé dans un accident de travail.

Il n'est point satisfait du règlement des comptes, les juges et les médecins n'ont point ses sympathies. Il faut, cependant, noter une énergie au travail beaucoup moins grande ; il est vite fatigué, essoufflé, et les soirs où il se couche fatigué, le sommeil est beaucoup plus lent à venir, les rêves le tracassent beaucoup plus. Au total, il y a amélioration, et cette amélioration continuera selon toute vraisemblance.

7. — Affaire B...

Rapport du Dr A. Malherbe, du 26 mars 1903. *Sur un accident du 18 septembre 1902.*

Un des madriers que B... maniait lui échappe; il perd l'équilibre tombe à la renverse, de 5 mètres de hauteur. Fou pendant dix-huit jours. Le Dr Malherbe voit dans ce fait une attaque de delirium tremens. Le malade et sa femme prétendent qu'il n'est pas buveur, mais, pour le Dr Malherbe, ces dires n'ont qu'une importance relative. Après cinq semaines, il se lève, mais trem-

ble du côté droit, et fait des grimaces. Depuis lors, état stationnaire. Il ne peut parvenir à soulever une marmite de 3 kilogrammes. Pas de vices de conformation. Réflexes normaux. Pas d'atrophie musculaire. Ébranlement général sérieux, mais pas de lésion organique grave. Le Dr Malherbe conclut qu'avec un exercice progressif, B... pourra reprendre son travail dans quatre mois.

État actuel. — B..., manœuvre, anciennement rue B..., 4, parti à la Saint-Jean dernière dans le quartier Saint-Louis, du côté de la place Lamoricière. La concierge qui l'a très bien connu, nous dit que l'accident était arrivé à la fin de 1902. Cet homme-là buvait beaucoup ; les médecins ont dit qu'il « avait l'alcoolisme ». L'accident n'a pas eu de suites graves, car, six mois après environ, il recommençait à travailler. « Il avait voulu faire l'âne pour avoir du son, mais, ajoute-t-elle, le son n'étant pas venu, il a fallu travailler, et je vous assure monsieur, qu'il n'en travaillait pas plus mal! » Comme le rapport du Dr Malherbe dit « qu'il ne pouvait parvenir à soulever une marmite de 3 kilogrammes », j'insiste sur ce point. « Oh, monsieur, ça n'a pas duré longtemps. A la fin de 1903, il portait tous les fardeaux, des charges que je n'aurais pas porté moi-même, une femme forte, pourtant, monsieur, comme vous voyez!

8. — Affaire Th...

Rapport des Drs Malherbe, F. Jouon et A. Monnier.

En déchargeant un navire, T... tombe et glisse sous un sac de riz. Perte de connaissance. Bras et jambes paralysés. Délire pendant plusieurs jours. Étant couché, il ne peut se relever ni rester assis sans le secours d'un aide. Il relève la tête avec peine. Affaiblissement des muscles fléchisseurs et extenseurs. Exagération notable des réflexes. Cérébralité normale. Jambes raidies tremblent et trépident, les pieds s'élèvent à peine du sol et buttent l'un contre l'autre. Lésions de racines antérieures de la

moelle, avec participation du cordon antéro-latéral, imputable au traumatisme subi. Tous les traitements ont été sans résultat. Impossibilité pour le malade de pourvoir seul aux besoins les plus usuels; peut-être amélioration, mais la disparition des troubles est très problématique.

Rapport du 10 avril 1992. Accident le 16 mai 1901.

État actuel. — Th..., manœuvre, 32 ans, anciennement 12, rue des Trois-Barils, à Nantes, demeure actuellement à Saint-Sébastien. Sa belle-sœur me donne les renseignements suivants (ils sont mal ensemble, les deux familles ne se voient pas, mais elle sait bien ce qu'il en est). Il est toujours paralysé des jambes et ne peut se traîner. Il a « comme un tremblement » et se fait beaucoup de peine. Il a été voir « tous les médecins, mais ils ne lui font rien. » Il a un petit jardinet où il passe ses journées, assis, quand il fait beau temps. Il est incapable de tout travail, car avec ses jambes paralysées, il ne peut pas se servir de son bras qui n'a aucune force.

9. — Affaire M...

Rapport du Dr Ollive, 26 juin 1901. *Accident le 28 novembre 1899.*

Choc de deux voitures. Le cheval s'abat sur le conducteur M... (pris entre le cheval et le pavé). M... s'est relevé péniblement, est monté dans un tombereau pour s'en retourner. Est resté huit jours au lit. Il souffre aux régions sacrée et fessière gauches. Les mouvements du membre deviennent enfin possibles, moins douloureux. On provoque une vive douleur en appuyant au point d'émergence du nerf sciatique. Atrophie légère du membre inférieur gauche. Troubles psychiques. Émotion de l'accident. Préoccupation de l'issue du procès. Débilité générale. M... ne peut faire aujourd'hui ce qu'il faisait autrefois. La guérison devra s'accentuer avec le règlement.

10. — Affaire G...,

Rapport de MM. A. Malherbe, G. Ollive et A. Monnier, 2 août 1902. *Accident du 6 juin 1896.*

G..., 34 ans, sans antécédents héréditaires, machiniste sur le train de Pluvigny (Bretagne), quand un déraillement se produisit le 6 juin 1896. Précipité de sa machine, il tombe de telle façon, que la partie supérieure de la cuisse (région de l'aîne), se trouve prise comme dans un étau entre ce qu'il appelle « le changement de marche » et la « rampe de la machine ». Il y eut compression et contusion pendant dix minutes. G..., fortement émotionné ne perdit point connaissance, mais fut dans l'impossibilité de marcher. On le conduisit à son domicile et il resta alité pendant un mois. Puis il se leva, se mit en devoir de s'occuper et de faire le plus possible d'exercices. G..., prétend dans cet intervalle avoir vomi du sang. Il eut aussi des hémorragies nasales, vésicales et anales.

La quantité de sang perdue chaque fois est évaluée à une cuillerée à soupe environ. Depuis cette époque (1896), chaque année, principalement aux changements de temps, ces pertes de sang se renouvellent.

Le Dr Poisson, soigne G..., jusqu'au 18 décembre 1897, en lui recommandant le minimum de fatigue. Du reste, G..., ne fit dans le cours de cette année aucun travail, ne le pouvant pas. Mais le 18 décembre 1897, la Compagnie le met en demeure de reprendre son service. Il dut obéir, et dix jours après G..., eut la charge de « pilote de gare ». Puis on l'employa comme machiniste pendant deux ans et demi sur les express, les rapides. En juillet 1900, la chaleur étant insupportable, G..., surmené éprouve un malaise au terme d'un voyage. Il va à la visite du Dr Simoneau, mais, chemin faisant, il tombe en syncope. Pendant un mois, on l'exempte de machine ; il suit la visite médicale. On l'emploie à des écritures de bureau, quatre semai-

nes plus tard, il est appelé au service « d'aide-monteur », poste qu'il remplit pendant sept mois. Le 9 février 1901, il est victime d'un deuxième accident. Pendant qu'il nettoyait les autoclaves d'une machine, ses pieds glissèrent et il tomba dans la fosse. G..., ne perdit point connaissance, mais il se sentit blessé à la partie interne de la cuisse, celle précisément qui avait été intéressée lors du premier accident. Il se rendit chez lui seul et sans souffrir. Une heure après son arrivée il ressentit comme des brûlures vives, non seulement au niveau de la nouvelle blessure, mais au niveau des points touchés par le premier accident (Rein, flanc). Soigné par le Dr Simoneau jusqu'en mai, puis par le Dr Poisson, qui lui donne un mois de convalescence. Le 11 juin on l'envoie à Paris où il consulte le Dr Segond, et le 24 août le Dr Brissaud. En novembre, la Compagnie oblige G..., à reprendre son service. G..., se déclare incapable et refuse. Nouveau voyage à Paris. Nouvel examen pratiqué le 6 décembre par les Drs Brissaud, Segond et Lenoir, qui se contentent de le renvoyer à Nantes où il est traité surtout par l'électrisation pendant cinq mois. Le 9 avril 1902, la Compagnie constate une certaine amélioration, et veut l'obliger à travailler ; sinon elle est décidée à lui supprimer toute indemnité. G..., refuse, mais à la fin, demande sa place de « machiniste de manœuvres » à Nantes, et sa commission de 1950 francs, ainsi qu'il a fait pendant deux ans et demi. C'est dans ces conditions que nous avons été chargés d'examiner l'état de santé actuel de G...

G..., a une musculature normale ; pas d'atrophie musculaire. La région de l'aine, traumatisée, apparaît saine, tous les mouvements s'accomplissent sans raideur, sans craquements, sans souffrances. Les muscles fléchisseurs et extenseurs des membres gauches ont perdu une partie de leur puissance fonctionnelle normale. Aussi G..., prétend-il ne pouvoir faire ni de longues marches, ni des travaux soutenus. C'est moins une claudication du membre inférieur qu'une sorte de balancement du tronc du même côté, que nous observons.

L'avant-bras gauche présente une diminution de la sensibilité au tact et à la douleur. Une épingle, enfoncée dans la profondeur de la peau est à peine sentie. Une sorte de plaque au-dessus de la région inguino-crurale gauche est le siège d'une hyperesthésie assez marquée. Le moindre attouchement y provoque une réaction douloureuse. G..., ressent « des brûlures ». A l'entendre il subit de véritables crises qui surviennent surtout aux changements de temps. Les réflexes existent tous. Les réflexes rotuliens ont plutôt tendance à l'exagération. Champ visuel normal. L'appétit est parfois troublé, les digestions difficiles, surtout au moment des crises.

En résumé, la boîterie, que la marche met en évidence, n'a pas sa raison d'être dans une lésion organique Les hémorragies périodiques nous apparaissent comme une de ces bizarreries souvent inexplicables qui se rencontrent dans l'hystéro-traumatisme.

Nous sommes frappés d'abord de ces crises périodiques, confirmées par le témoignage de sa femme. Ces crises sont caractérisées par des sensations de brûlures, au niveau du rein, du flanc, de l'aine, qui siègent toutes à gauche, et correspondent aux anciennes blessures. Elles ont lieu le jour ou la nuit, parfois d'une intensité extrême, elles mettent G..., dans un état d'excitation nerveuse suivie de dépression, qui nécessite le séjour à la chambre et au lit, par suite de l'asthénie neuro-musculaire qu'il engendre.

Il faut rapprocher de ces désordres subjectifs : 1° l'impuissance fonctionnelle constatée dans les membres gauches; 2° ces troubles de sensibilité (hyperesthésie en plaque ou bandes d'anesthésie et d'analgésie sur une certaine étendue de la peau des membres du côté gauche.

Un état nerveux particulier domine les actes de G..., ses blessures sont guéries deux mois après l'accident ; inactif pendant un an. Troublé, sans courage, presque sans volonté, sans goût pour le travail, prétextant la fatigue après le moindre effort, il va de médecin à médecin, se disant et se sentant inca-

pable de travailler. Tout à coup, la Compagnie lui intime l'ordre de reprendre son poste. La crainte de perdre sa place le fait obéir. Cette secousse morale lui est salutaire, et il travaille *deux ans et demi durant*, sans relâche et sans aggravation de son état, remplissant un poste qu'il croyait au-dessus de son pouvoir. Dans la suite, après des fatigues occasionnées par un surmenage réel à une époque de l'année où la chaleur était excessive, G..., tombe d'épuisement et prend un repos obligé. Les forces renaissent avec peine, on lui accorde un service en rapport avec son affaiblissement. Mais le moindre choc peut ébranler son système nerveux. Ce choc survient le 9 février 1901 sous forme d'un accident infiniment moins grave que le premier... Ajoutons que G..., nous parle avec un certain trouble ; ses explications sont parfois diffuses ; la mémoire paraît quelque peu affaiblie, et son caractère modifié. Il souffre d'insomnie, ses digestions sont mauvaises; un découragement profond l'envahit.

Il y a donc des troubles de la sensibilité, de la motilité et des troubles mentaux, dont l'ensemble est désigné sous le nom d'hystéro-neurasthénie traumatique : fait de connaissance vulgaire, d'après Charcot. On sait qu'elle crée chez ceux qui en sont atteints une sorte de « rétrécissement du champ de la conscience » qui les porte à exagérer les faits qu'ils racontent ou à grossir leurs souffrances. Ils sont cependant de bonne foi dans leurs actes et dans leurs paroles.

Nous ne croyons pas que G... soit un simulateur. Chez lui, la névrose est assez prononcée pour le rendre incapable actuellement de reprendre sa profession d'une façon complète, et de gagner son salaire comme par le passé. Nous ne pensons pas toutefois qu'il s'agisse chez lui d'une affection incurable ni même grave. A deux reprises différentes, une amélioration s'est produite. Depuis longtemps aucun désordre nouveau n'a été constaté. Loin de s'aggraver, l'état de G... a plutôt subi une atténuation notable, depuis surtout qu'il a suivi un traitement suggestif par l'électricité. Tout fait donc supposer que l'état de G... s'améliorera encore.

Il ne nous est pas possible d'être aussi affirmatif sur la date de cette guérison.

Conclusions.

G... n'a aucune lésion organique. Il présente divers troubles nerveux connus sous le nom d'hystéro-neurasthénie traumatique, qui sont le résultat de l'accident du 6 juin 1896 et dont l'amélioration a été interrompue par l'accident du 9 février 1901.

L'hystéro-neurasthénie traumatique est une affection curable. Le terme de la cessation des troubles ne peut être fixé à l'avance d'une façon précise. Le meilleur traitement est la suggestion.

Nantes, 2 août 1902.

Signé : Monnier, Ollive, Malherbe.

État actuel. — G... a bénéficié d'une légère amélioration depuis le jugement du tribunal (jugement qui ne l'a pas satisfait, d'ailleurs).

Il a repris son travail à la Compagnie, mais dans les bureaux, car il ne peut marcher, et, s'il est resté debout un certain temps pendant la journée, il se trouve très fatigué le soir. Il a cessé maintenant le traitement par l'électricité, qui lui a produit bon effet, et dont il se loue beaucoup. Il accuse encore quelques troubles de sensibilité, mais ne peut préciser les endroits exacts. A l'en croire, ces plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie seraient douées d'une certaine instabilité.

La mémoire est bonne ; il se rappelle très bien de l'accident, des symptômes éprouvés, des ennuis du procès et de ses travaux ultérieurs. L'appétit est bon, les digestions faciles. La parole nous a semblé hésitante, mais très peu : les personnes non prévenues s'en apercevraient à peine. G... revient sur l'impossibilité pour lui de marcher pendant un certain temps, et surtout sur ses « brûlures » qui le prennent tout à coup, par crises, à l'endroit de ses anciennes blessures. Ce sont ces brûlures qui le tenaillent, le martyrisent par accès, sans qu'il puisse les prévoir, les éviter, les empêcher.

11. — Affaire C...

Rapport de MM. A. Maliierbe, A. Monnier, Ch. Mirallié *(18 juillet 1903)*.

Accident du 3 août 1901. — C.., maçon, 47 ans, tombé le 3 août 1901 d'un échafaudage, aurait subi une contusion du fémur gauche et aurait eu trois côtes « enfoncées. » Il put se relever seul, mais ne put rester debout ni marcher, et fut obligé de s'asseoir. Resta au lit deux mois, puis marcha avec deux bâtons, et maintenant marche toujours avec une canne. Ayant repris son travail, il fit (huit mois après) une chute sur la tête d'une hauteur de 6 mètres. Il présenta (certificat du Dr Redureau) une plaie très étendue du cuir chevelu avec vaste décollement, fracture probable de la voûte crânienne. « Pendant six semaines, resta « abruti », ne reconnaissant personne, il devint incapable de travailler. Il se plaint maintenant de sensations de vertiges, dès qu'il baisse la tête, surtout au coucher, avec douleurs de tête, sensation de battement, d'étau, rendant le sommeil impossible, et cela quand le malade manque d'air, la nuit ou dans une chambre close, moins si la fenêtre est ouverte, pas s'il est dans la rue. Son aspect est frappant, il s'avance les jambes écartées, les bras éloignés du tronc, la tête raide et immobile. En marchant, il fléchit la jambe gauche et présente ainsi un léger degré de boiterie. A l'examen électrique les nerfs et les muscles répondent normalement. L'examen radiographique confirme l'examen clinique et ne montre aucune trace de fracture ou d'arthrite au membre inférieur gauche. C.., sa plaint de douleurs pendant la marche, peu accentuées sur un terrain plat ou un trottoir, beaucoup plus violentes quand il monte un escalier, beaucoup moins dans la descente de cet escalier.

Il se déshabille seul et assez facilement. Les mouvements actifs sont extrêmement réduits, très légers mouvements de flexion, aucun mouvement de latéralité. Il se déclare inéapable

de faire aucun mouvement de la nuque. Il accuse à la région de la nuque une douleur profonde, occupant la région occipitale et cervicale supérieure ; c'est une sensation de pesanteur très vive et très aiguë. Aucune trace d'amnésie, sauf une période d'obnubilation de six semaines dont le malade ne conserve aucun souvenir. Aucun stigmate d'hystérie.

Les examens clinique, radiographique et électrique ne décèlent aucune lésion. Nous ne croyons pas que C.., soit un simulateur. Il s'agit donc d'une psychose traumatique, conséquence de ses deux chutes. Cette affection peut guérir complètement ou persister indéfiniment dans l'état où elle est actuellement.

Actuellement et sous réserve de l'avenir.

1° C.., est atteint d'une infirmité partielle.

2° Cette infirmité peut être permanente ou temporaire.

3° La capacité de travail actuelle de C.., est réduite de 50 0/0.

Signé : A. Malherbe, Ch. Mirallié, A. Monnier.

Etat actuel. — C... est à table, en train de déjeuner et nous déclare que l'appétit est bon, la digestion facile, mais son état général ne s'est point amélioré. Depuis plus de trois ans il est dans le *statu quo* depuis qu'il « s'est fait passer aux rayons X » traitement par l'électricité dans le service du Dr Allaire, et dont il dit le plus grand bien. Il ne peut marcher sans se trouver étourdi, et une canne lui est toujours nécessaire. Il a des vertiges dès qu'il veut marcher, est obligé de s'arc-bouter à un mur, car il voit tout tourner. Sans cette précaution il tomberait « en paganne » ; les passants le prennent pour un ivrogne, quelques-uns le disent même tout haut, et cela met C... dans de grandes colères. Sa femme nous dit que le caractère de C... autrefois si doux, si tranquille, si bienveillant, est complètement changé, il est devenu colère, querelleur, s'emportant pour les moindres choses. C... en veut beaucoup aux juges et aux médecins (les vingt-deux grands médecins (?) de Nantes sont vendus au tribunal (!).

Il a des insomnies fréquentes avec cauchemars. Vers le milieu de la nuit il est obligé de se lever, il brasse ses oreillers, mar-

che dans la chambre, pour détendre ses nerfs surexcités. Il nous explique que cela l'a obligé de faire « lit à part » et même « chambre à part ». Il a de l'hémi-hyperesthésie gauche, tout le côté lui fait mal, et si par malheur, il lui arrive de se coucher sur le côté gauche, il ne tarde pas à avoir des rêves effrayants, des cauchemars ; aussi il est beaucoup plus fatigué la nuit que le jour, par la chaleur que par le froid, l'été que l'hiver. Il lui est impossible de travailler, et pourtant il se lamente devant la misère qui vient.

Il ne veut plus aucun traitement, mais on lui donne des potions à la valériane, pour la tête. C'est la tête surtout qui lui fait mal ; et cette souffrance lui a été expliquée ainsi par tous les médecins qui l'ont soigné : « On le croyait perdu, le sang coulait à flots de sa blessure à la tête, car il a eu « le crâne fendu en grand. » On a cru inutile de bien nettoyer la plaie, puisqu'il était perdu ; les médecins ont recousu la plaie tout de suite, c'est ce qui fait qu'il reste du sang dans le crâne, du « sang foulé qui est en dedans de la nuque ». De là cette douleur à la nuque, douleur qui durera aussi longtemps que lui disent tous les médecins. La lecture lui est impossible et lui donne des maux de tête ; d'ailleurs sa vue a baissé considérablement ; à 50 mètres, il ne peut reconnaître personne. Le Dr C... de Châtenay, le plus grand chirurgien de toute la région, (c'est un médecin, mais ceci n'a pas d'importance) lui a déclaré que tout le côté gauche était pris, définitivement et irrémédiablement pris ; et de fait, bras gauche, jambe gauche n'ont aucune force et ne peuvent lui servir, même pour les usages de la vie de chaque jour. En somme, C... véritable loque humaine, perdu pour la société, désespéré, ne semble pas susceptible d'amélioration désormais. Il marche toujours les jambes écartées, voûté, s'appuyant sur sa canne, le chef branlant, plus vieux que son âge.

12. — Affaire H. S...

Je soussigné H. Le Meignen, avoir procédé à l'examen de H. S..., âgé de 57 ans, demeurant à Rezé (Loire-Inférieure), victime d'un accident de travail arrivé le 15 janvier 1901. D'après les renseignements qui m'ont été fournis tant par le blessé lui-même que par le Dr P..., son médecin traitant qui assistait à mon examen, l'accident qui consista en la chute d'un compagnon de travail d'une hauteur de huit mètres provoqua une luxation de l'articulation de la hanche gauche.

Cette luxation fut réduite quelques heures seulement après l'accident, et le blessé fut soumis à un repos prolongé ; il dit n'avoir fait ses premiers pas que soixante-dix jours plus tard. Depuis ce moment, la marche lui serait devenue impossible par suite de l'impotence de son membre et par les douleurs qu'il y ressent.

A l'examen du membre blessé, on trouve actuellement l'articulation de la hanche normale ; il n'y a pas trace de la luxation qui a été parfaitement réduite. Les parties osseuses ne semblent nullement douloureuses. J'examine d'abord le malade dans la station debout et je remarque qu'il se tient dans la situation dite hanchée faisant porter tout le poids du corps sur le membre non traumatisé. Invité d'appuyer sur les deux membres inférieurs d'une façon égale, le blessé me dit ne le pouvoir, car il tomberait. En l'encourageant, en lui donnant la main, j'arrive à le faire très légèrement porter le poids du corps à gauche, mais on sent en même temps une contraction de tout son corps, une crainte exagérée de ne pouvoir se tenir ainsi. La marche se fait au moyen de béquilles, le pied gauche ne quitte pas la terre, n'avance que très peu à la fois, environ la moitié de la longueur du pied. S..., dit être dans l'impossibilité de faire le plus léger mouvement de flexion de la cuisse. Je ne puis arriver à fléchir cette cuisse. Couché, le blessé arrive à faire des mouvements qui lui étaient impossibles dans la station debout:

Ainsi il soulève un peu la cuisse au-dessus du plan du lit ; on arrive ainsi à lui fléchir la cuisse à 45° environ. Je ne crois pas pourtant qu'il y ait une ankylose de l'articulation, mais plutôt contraction musculaire limitant les mouvements.

Une dernière expérience montre d'ailleurs l'absence d'ankylose en faisant asseoir S..., on le voit fléchir sa cuisse à angle droit sur le tronc, et ce, sans grande difficulté.

Les différentes mensurations pratiquées sur les deux membres comparativement montrent que du côté traumatisé, il n'existe pas d'atrophie musculaire. Or, ces lésions de l'articulation de la hanche s'accompagnent toujours d'atrophies très prononcées. En somme, intégrité des mouvements dans l'articulation; conservation de la musculature, voilà les deux constatations importantes que permet l'examen.

A quoi faut-il donc attribuer l'impuissance de S..., à se servir de ce membre ? Le blessé accuse bien des douleurs périarticulaires, mais ces douleurs existent surtout à la pression, et je ne les crois pas suffisantes pour produire l'immobilisation constatée. D'ailleurs S..., dit n'avoir aucune force dans ce membre, ce qui contraste singulièrement avec l'état de ses muscles. J'écarte l'idée d'une lésion nerveuse qui entraînerait des troubles trophiques, des douleurs irradiées et de l'atrophie musculaire; mais je constate que tout le membre inférieur, jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, il existe une anesthésie complète, S..., supporte une piqûre d'épingle sans accuser aucune sensation. Il y a là un symptôme des plus importants. J'y rattacherai l'état du champ visuel qu'un examen superficiel (le seul qu'il m'a été permis de faire) m'a montré rétréci.

Enfin l'état général du blessé est aussi particulier; depuis son accident il y a des modifications de caractère, des troubles digestifs, de la constipation; le sommeil est souvent mauvais, le réveil pénible. Il y a là tout un ensemble de symptômes qui forme ce qu'on nomme l'hystéro-traumatisme, sans nier l'existence de quelques reliquats inflammatoires autour de l'articulation de la hanche. Je crois que l'infirmité actuelle de S..., tient

non pas à des lésions locales mais à des troubles psychiques.

S..., doit-il guérir ? Il est certain que parfois, surtout après la préoccupation de l'indemnité enlevée, on voit ces états pathologiques s'améliorer au delà de toute espérance. Mais souvent aussi l'infirmité est définitive. Je crois qu'il est impossible de considérer l'état de S..., comme devant s'améliorer. On doit l'estimer définitif au point de vue légal.

L'incapacité de travail en résultant est évidemment très grande ; il ne peut être question pour S..., de reprendre son ancien métier de charpentier. Je ne crois pas cependant qu'il soit incapable de toute occupation, réduit à un rôle d'épave humaine qui est constitutif de l'incapacité absolue. Assis, il peut se livrer à des occupations qui lui permettront un certain gain dans un petit commerce, il pourrait encore aider à servir les clients, surveiller, tenir la caisse.

J'estime que sa capacité de travail est réduite de 90 0/0.

Nantes, 28 septembre 1904.

Le Meignen

État actuel (*dû à l'obligeance de M. le Dr* Pinel, de Pont-Rousseau). S... était charpentier de navire, 56 ans, de bonne santé habituelle. Pas de nervosisme. Un camarade tombe sur lui. Il a une luxation de la hanche, bien réduite sous le chloroforme. Pendant le traitement du traumatisé, sa femme tombe malade, par suite du choc nerveux éprouvé. Elle succombe dix mois après. Le blessé reste impotent et ne peut marcher. Il ressent de vives douleurs dans le membre blessé, au moindre mouvement volontaire ou provoqué. Dix-huit mois après l'accident, il vient trouver MM. Pinel et Le Meignen (voir le rapport 12), qui concluent à l'hystéro-traumatisme. Actuellement, l'amélioration est sensible, consécutive au règlement avec la Compagnie. S... peut marcher ; sa santé est relativement bonne. Malgré cela, on ne l'accepterait pas dans un chantier. L'inquiétude et la préoccupation de l'avenir, ont déteint du blessé sur la femme qui est « morte de l'accident du mari » et chez laquelle on n'avait pas constaté de lésions cardiaques... S... a laissé ses

béquilles peu de temps après le règlement. Il n'y avait pas de simulation.

13. — **Obs.** (due à l'obligeance de M. le Dr Moisnard de Pont-Rousseau).

Le 11 juin 1904. — Le nommé P.... ouvrier d'un chantier de construction à Nantes, subit un traumatisme du genou gauche en soulevant un poids trop lourd.

Examen du malade le 12 juin. — Mouvements articulaires conservés ; aucun signe de fracture, ni déchirures ligamenteuses, ni épanchement. *Rien d'anormal*, en somme. Diagnostic : « genou forcé », avec pronostic bénin (sauf réserves de complications) ; incapacité de travail évaluée à une quinzaine de jours.

Durant ce temps le genou malade est soumis, successivement à la compression ouatée, révulsion (iode, pointes de feu), mobilisation graduelle, massage.

Le résultat est nul. Les quinze jours écoulés, nous réclamons pour le blessé une prolongation de durée indéterminée.

Nous confions P... aux soins du Dr Allaire, chef de service d'électrothérapie à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Le blessé fait un séjour d'un mois environ à l'Hôtel-Dieu, salle 12 ; il est soumis à l'électricité, bain de barrèges, salicylate.

P... n'est pas améliorée, il ne peut se servir de sa jambe gauche, il marche en boitant.

Année 1905. — De *janvier à novembre.* — Le blessé continu à fréquenter deux fois par semaine la consultation d'électrothérapie et nous lui faisons trois séances massages par semaine.

Son état s'aggrave de jour en jour. En novembre, il reste même complètement au lit. A cette date (5 novembre 1905), voici des fragments de l'observation détaillée que nous avons prise, qui devait nous servir de base pour le rapport, désireux que nous étions, de tenter une liquidation de cette affaire.

Le blessé ne peut appuyer sur la jambe gauche, le genou fléchit sous lui. Pendant la marche *toute la moitié gauche du corps est animé d'un tremblement* qui persiste quelques minutes après le repos établi.

Pas de contractures, l'extension de la jambe est cependant incomplète.

Sensibilité. — *Diminution de la sensibilité à tous les modes* dans toute *la moitié gauche du corps.*

Réflexes. — Exagérés à gauche (rotuliens, crémastériens). Signes de Babinski, négatif.

Douleurs spontanées très vives dans le domaine du crural et génito-crural; ces douleurs empêchent la marche, le malade a la sensation d'arrachement de son testicule.

Testicule gauche très douloureux à la pression. Sensation ovarienne.

Troubles urinaires. — A plusieurs reprises, *incontinence nocturne.*

Puissance génitale. — Très diminuée.

Pas de trouble de la parole.

Organe des sens. — Œil, vision unéoculaire gauche très diminuée, ce phénomène est récent. Rien d'anormal dans la musculature, la pupille réagit normalement.

Audition. — Diminuée à gauche.

Troubles trophiques.

Le membre inférieur gauche a subi une atrophie progressive :

			Droit	*Gauche*
Membre inférieur	Mollet		34 cm.	32 cm.
	Cuisse	A 10 cm. au-dessus du genou	39 »	37 »
		A mi-cuisse	44 »	42 »
		A la racine	49 »	46 »

Membre supérieur. — Rien d'anormal.

Température locale. — Diminuée sur tout le membre inférieur gauche.

Téguments. — Le membre inférieur gauche a une légère teinte violacée.

Considérations générales. — Le blessé est un ouvrier chargé de famille, son salaire suffisait à l'existence de la maison.

Il n'est pas alcoolique ; nous n'avons rien trouvé dans ses antécédents.

Pas de psychisme.

Conclusions. — L'observation fréquente du blessé, l'évolution des accidents, nous donnent à penser que nous sommes en présence de névrose traumatique. Notre maître le Dr Attimon a bien voulu vérifier et affirmer nos conclusions.

Sur les données fournies par notre observation nous fournissons un rapport avec diagnostic de névrose traumatique et pronostic indeterminé : cet état étant, dans la majorité des cas, susceptible de guérison à une date impossible à fixer.

Mais la loi réclamant pour le règlement de ces affaires l'établissement d'une *infirmité définitive*, les choses n'allèrent pas plus loin.

Année 1906. — *En février 1906.* — Nous voyons P... avec notre ami et confrère le Dr Labeyrie.

P... est isolé dans une clinique. Sous chloroforme il fait un simulacre d'arthrotomie du genou gauche. Le membre est mis dans une gouttière plâtrée et maintenue trente jours.

Le blessé dort mieux ; son état général s'améliore.

Il enlève le plâtre. Massage. *P... ne présente plus de tremblement.* Mais c'est le seul résultat acquis car la marche n'est pas meilleure ; les douleurs, toujours très marquées.

En avril 1906. — Nous établissons un certificat d'infirmité permanente (sujette à révision) afin d'engager la procédure dont la conclusion sera peut-être le procédé thérapeutique le plus efficace.

Observation 14. — L..., ouvrier des chantiers de la Loire, a été renversé par une voiture dans la rue. Il a eu une blessure à la région fronto-temporale gauche. Il fut guéri. Mais survinrent des vertiges qui l'empêchèrent de reprendre son travail. L'examen du Dr Pinel constata : stigmates d'hystérie, anesthésie pha-

ryngienne, diminution du champ visuel. Zones d'anesthésie sur différentes parties du corps. Les vertiges ne cessèrent que plusieurs mois après le règlement de son affaire qui se fit attendre dix-huit mois. Le rapport de MM. Mirallié, Ollive et Bureau conclut à la responsabilité de la Compagnie. Maintenant, l'amélioration a suivi; la guérison est presque complète, mais il ne peut cependant pas encore reprendre son ancien métier de « perceur ». Pas de simulation.

Observation 15. — Affaire Le N...

Rapport du Dr Mirallié, 20 novembre 1902. *Accident du 17 octobre 1901.*

Je soussigné, Charles Mirallié,.... expert désigné.... le 13 août 1902, à l'effet d'examiner le sieur Le N.... garde-frein à la Compagnie d'Orléans.

Était de service le 17 octobre 1901 à 10 heures du soir, lorsque l'attelage du train s'étant rompu, il tomba à la renverse, de sa vigie à terre, sur le dos et le côté gauche du tronc. Il se releva, et couvrit, son train. Un train de secours le ramène de Chantenay à Nantes, et il rentre chez lui à pied. Il se plaignit alors de courbature, de fatigue générale, mais les médecins de la Compagnie ne constatèrent aucune luxation ni traumatisme. La Compagnie d'Orléans lui alloue 100 francs de gratification pour avoir fait tout son devoir. Alité, puis convalescent jusqu'au 14 janvier 1902. Il reprend alors son service de garde-frein. Dès ce moment, nous dit le malade, dès qu'il entrait dans sa vigie, il était pris de sensation de vertige, d'angoisse et de douleurs dans la partie gauche du tronc. Lorsque le train passait sur un croisement de voie, à la légère secousse éprouvée, le malade craignait immédiatement de tomber et son état d'anxiété augmentait ; lorsque le train s'arrêtait, Le N... devait courir pour le couvrir ; aussitôt il éprouvait une vive douleur dans la région thoracique gauche, avec angoisse précordiale. Le

3 avril 1902, Le N... se faisait de nouveau porter malade,... puis reprenait son service le 7 juillet 1902, et fut affecté à un train de marchandises faisant le service du Croisic. Le quatrième jour de service, il se plaignit de crachement de sang. Pendant ces quatre jours, Le N... aurait été obligé de se faire aider dans son travail par ses camarades. Dans sa vigie, dès que le train se mettait en marche, Le N... était pris des mêmes phénomènes nerveux signalés ci-dessus ; si le train s'arrêtait et que Le N... mettait pied à terre, le calme arrivait : Le N... pouvait alors faire un travail léger, mais non accomplir un travail de force.

Le N..., quitta son service le 9 septembre, consulta les Docteurs Malherbe et Ménager ; sur une nouvelle mise en demeure de la Compagnie reprit son travail le 18 septembre. Il fut alors chargé d'accompagner les valeurs. Dans ce service moins pénible, assis dans un wagon, suivant son expression « ça allait à moitié », mais si on le faisait monter comme garde-frein de vigie dans un train facultatif, s'arrêtant à chaque gare, même n'ayant rien à faire comme travail en cours de route, aussitôt que le train reprenait sa marche. Le N..., placé dans sa vigie, était immédiatement repris de toutes ses angoisses. C'est dans ces conditions que Le N..., cessa tout service à partir du 20 septembre 1902.

Par suite de cet état d'angoisse, de cette sorte de phobie, Le N..., se déclare incapable de reprendre son service de garde-frein ; il accuse, en outre, une sensation d'anéantissement très prononcée, et des douleurs dans le bras gauche, et le côté gauche du tronc.

Pas trace de paralysie au bras gauche ; mais la force musculaire est très faible et la résistance aux mouvements passifs presque nulle. Il y a anesthésie sur tout le membre supérieur, réserve faite pour une petite zone de la région antéro-inférieure du bras, à la partie inférieure du biceps où parfois le contact du pinceau et la piqûre ont été perçus. L'anesthésie occupe

l'épaule, s'avance sur la face antérieure du tronc depuis la clavicule en haut, jusqu'au rebord costal en bas ; en dedans jusqu'à la ligne médiane ; en arrière de la base du cou, à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, et en dedans jusqu'à la ligne médiane. Cette zone est à contours nets, réguliers, en ligne d'amputation, et sans transition avec la zone normale voisine. La piqûre de cette zone n'entraîne ni accélération du pouls, ni modification de la pupille. Le sens musculaire est bien conservé. Les réflexes tendineux sont normaux, et égaux à ceux du côté opposé. Pas d'atrophie musculaire.

Le N... accuse un tremblement plus subjectif qu'objectif. Au repos, on n'observe rien. Pendant que le malade cause, ou qu'on l'examine, le tremblement apparaît très net, rapide, à petites oscillations ; il est visible aux deux membres supérieurs, mais encore plus du côté droit sain. Ce tremblement ne gêne nullement la direction des mouvements et le malade peut facilement s'habiller et se déshabiller seul. Pas de zone hystérogène. pas de rétrécissement du champ visuel, mais anesthésie des deux cornées.

Une montre appliquée contre le temporal gauche est entendue, tandis que placée devant le méat auditif, son battement n'est pas perçu. Le Rinne est donc négatif.

Le crachement de sang de juillet 1902 est impossible à rattacher au traumatisme subi, en tout cas, l'examen actuel des poumons est négatif.

On doit conclure que Le N... est atteint d'hystéro-traumatisme. Y a-t-il lieu de suspecter chez lui la simulation ? Nous ne le croyons pas. Il est possible qu'il se préoccupe d'une façon exagérée de ses sensations, qu'il y pense sans cesse, qu'il exagère les phénomènes subjectifs qu'il éprouve... Il est très difficile, presque impossible de prévoir l'avenir réservé à ce malade.

En ce moment, Le N..., est incapable de reprendre son métier de serre-frein. Les crises d'angoisse qu'il éprouve dans sa vigie, le mettent hors d'état de faire ce service ; de même il

est incapable de faire un travail pénible, mais il peut faire un travail peu fatigant, comme un travail de surveillance.

Il est difficile d'apprécier d'une façon mathématique la réduction de capacité de travail de Le N... Celle-ci est réelle, mais non absolue ; son état est curable, étant donné l'absence de toute lésion organique, et par suite, son incapacité de travail peut être passagère, et non permanente, sans qu'il soit possible de l'affirmer

En résumé Le N... est atteint d'hystéro-traumatisme. Il présente une incapacité de travail partielle, il peut se livrer à un travail peu fatigant, de surveillance, par exemple, mais un travail pénible est impossible, et en particulier son service de serre-frein de vigie. Cet état peut ou rester stationnaire, ou guérir dans un avenir impossible à déterminer.

Nantes, 20 novembre 1902.

Signé : Ch. Mirallié.

Si nous résumons ces observations, nous trouvons

Observation Vibert et Chipier. — X..., accident grave (tamponné par locomotive), suivi de troubles psychiques graves. Guérison complète.

Grasset. — Accident grave, suivi de troubles psychiques graves. Guérison complète.

1. Reclus et Vibert. — Accident grave, suivi de troubles graves. Amélioration peu sensible.

2. T..., accident grave (chute de 10 m.), suivi de troubles graves. Pas d'amélioration, plutôt aggravation et infirmité permanente.

3. L..., accident léger (effort du poignet), troubles légers. Amélioration complète et même guérison.

4. Yves-Mathieu H..., accident grave (plaies produites par explosion), troubles graves. Pas d'amélioration, plutôt aggravation. Infirmité permanente.

5. V..., l'accident semble léger, puisqu'il est simplement

tombé à la renverse ; mais le rapport est peu explicite, les troubles psychiques paraissent graves. Pas d'amélioration. Infirmité permanente.

6. M..., accident grave. Chute. Troubles graves. Amélioration peu sensible. Infirmité permanente.

7. B..., accident grave. Chute de 5 mètres. Troubles aggravés par l'alcoolisme. Amélioration sensible. Probablement guérison.

8. Th..., accident grave. Chute sous un sac de riz. Troubles graves. Pas d'amélioration. Infirmité permanente.

9. M..., accident grave (un cheval tombe sur lui). Troubles qui paraissent graves. Amélioration sensible.

10. G..., deux accidents graves. Troubles graves. Amélioration, mais infirmité permanente.

11. C..., accident grave (tombé d'un échafaudage). Troubles graves, pas d'amélioration. Plutôt aggravation. Infirmité permanente.

12. (Observ. du Dr H. Le Meignen). Accident grave (chute de 8 m.), suivi de troubles graves. Amélioration sensible.

13. (Observ. du Dr Moisnard). Accident léger, troubles graves progressifs. Amélioration et peut-être guérison.

14. (Observ. du Dr Pinel). Accident grave (renversé par une voiture). Troubles qui ont disparu. Guérison presque complète.

Nous voyons que, en général, à des accidents graves succèdent des troubles graves et qu'il ne faut pas compter sur la guérison. A des accidents légers succèdent des troubles légers, et que la guérison est probable.

Le cas 5 paraît une exception ; l'accident n'a pas existé à proprement parler ; le malade est tombé à la renverse, sans cause, semble dire le rapport. N'était-ce pas un ictus, signe d'une affection organique grave ?

Le cas 9 semble grave, mais n'a pas entraîné de choc cérébral, semble-t-il. L'observation 12 indique bien un accident grave, mais sans choc cérébral et la guérison a suivi. Entre les deux catégories que nous avons établies, on peut donc dire qu'il y a des cas qui tiennent le milieu, car les traces d'une lésion locale grave peuvent bien, à juste titre, inquiéter le blessé, et créer ainsi des troubles fonctionnels sérieux.

CONCLUSIONS

Parmi les troubles nerveux post-traumatiques classés indistinctement sous la rubrique « névroses traumatiques » on doit distinguer deux groupes de faits caractérisés : les premiers :

Dans leur étiologie, par un traumatisme ayant pu entraîner une violente commotion des centres nerveux.

Dans leur symptomatologie, par un ensemble de troubles généraux répondant assez bien à ceux de la neurasthénie grave.

Les seconds :

Dans leur étiologie, par un traumatisme léger ou grave, mais toujours purement local, sans commotion des centres nerveux.

Dans leur symptomatologie, par des troubles le plus souvent nettement localisés et pouvant d'ailleurs varier : paralysies, contractures, troubles de sensibilité, troubles trophiques.

Le pronostic des cas du premier groupe semble grave dans la grande majorité des cas, et la guérison

très rare. Celui des cas du second groupe paraît, au contraire, bénin le plus souvent ; la guérison est la règle sans qu'on puisse en fixer d'avance la date, même approximative.

En l'absence d'autopsies, on ne peut affirmer que les faits du premier groupe répondent à des lésions anatomiques des centres nerveux, mais cela paraît au moins vraisemblable, et ces faits ne devraient donc pas être rangés dans le cadre des névroses.

Les guérisons fréquentes et souvent soudaines dans le second groupe montrent, au contraire clairement, qu'il s'agit de troubles purement dynamiques, de vraies névroses.

Pour l'appréciation judiciaire de ces divers cas, les notions ci-dessus ont le plus grand intérêt. Dans les faits du premier groupe, la responsabilité patronale, dont le principe est posé dans la loi du 9 avril 1898, est indiscutable, pleine et entière. Dans les faits du second groupe, on peut dire que le trouble fonctionnel résulte bien moins du traumatisme subi que d'un état particulier et préexistant du système nerveux.

Vu : le Président de la thèse.
POUCHET

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.